



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία

Θέμα:

Καρκίνος του παχέος εντέρου

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας

Φοιτήτρια:

Σοφία Καράνταλη (ΑΜ:16818)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Παπανικολάου Χριστίνα

Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μου εργασία, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Χριστίνα Παπανικολάου για την πολύτιμη βοήθειά της σε όλη την προσπάθεια μου. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ την οικογένειά μου.

Περιεχόμενα

Περίληψη	7
Abstract	9
Εισαγωγή	10
ΜΕΡΟΣ 1 ^ο	
1.Ανατομία του παχέος εντέρου	11
2.Φυσιολογία του παχέος εντέρου	14
3. Παθοφυσιολογία	16
ΜΕΡΟΣ 2 ^ο	
1.Ορισμός του καρκίνου του παχέος εντέρου	18
2. Αιτιοπαθογένεια και διατροφή	18
3.Παράγοντες κινδύνου	19
4.Προκαρκινωματώδεις καταστάσεις	21
5.Διάγνωση	21
5.1.Κολονοσκόπηση	22
5.2.Εργαστηριακός έλεγχος	22
5.3.Βιοδείκτες	23
6.Διαφορική διάγνωση	23
7.Κλινική εικόνα	23
8.Σταδιοποίηση	25
8.1.Ταξινόμηση κατά Dukes	25
8.2.Ταξινόμηση TNM	26
9.Θεραπεία	28
9.1. Χειρουργική θεραπεία	28
9.2.Χημειοθεραπεία	30
9.3.Στοχευμένη θεραπεία	31
9.4.Νεοεπικουρική (neoadjuvant) θεραπεία	31
9.5.Ακτινοθεραπεία	32
10.Κολοστομία	32
10.1.Τύποι Στομίων	33
10.2.Θέσεις κολοστομίας	34
11.Επιπλοκές του καρκίνου του παχέος εντέρου	35
12.Διασπορά – μετάσταση	36

13.Πρόγνωση	37
14.Προληπτικός έλεγχος	38
ΜΕΡΟΣ 3 ^ο	
Νοσηλευτικό μέρος	40
1.Νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου	40
1.1.Λήψη ιστορικού	40
1.2. Φυσική εξέταση	40
2.Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου	41
2.1.Εκπαίδευση και συμβουλευτική ασθενών	41
2.2.Προεγχειρητική συγκατάθεση	42
2.3.Αντιμετώπιση τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου	42
2.4.Αναιμία	43
2.5.Διατροφική ενίσχυση	43
2.6.Πρόληψη μετεγχειρητικής ναυτίας & εμέτου	43
2.7.Προφυλακτικά αντιβιοτικά και προετοιμασία δέρματος	44
2.8.Μηχανική προετοιμασία του εντέρου	44
2.9.Προεγχειρητική νηστεία & διαχείριση υγρών	44
2.10.Προεγχειρητική ψυχολογική ετοιμασία	44
2.11.Μεταφορά του ασθενούς στη χειρουργική αίθουσα	45
3.Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου	45
3.1.Μετεγχειρητική ανάνηψη- Ο ρόλος του νοσηλευτή	45
3.2.Επιστροφή του αρρώστου στο νοσηλευτικό τμήμα	46
3.3.Παρακολούθηση και αξιολόγηση	46
3.4.Έγκαιρη κινητοποίηση	47
3.5.Μετεγχειρητική αναλγησία	47
3.6.Παροχετεύσεις και σωλήνες	48
3.7.Ενδοφλέβια υγρά και διατροφή	48
3.8.Πρόληψη μετεγχειρητικού ειλεού	48
4.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και διαγνώσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	49
4.1.Προβλήματα του Αρρώστου με Χημειοθεραπεία	49
4.2.Σκοποί της Φροντίδας	50
4.3.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	50

5.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και διαγνώσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία	51
5.1.Προβλήματα του Αρρώστου	51
5.2. Σκοποί της Νοσηλευτικής Φροντίδας	51
5.3. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	52
6.Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με κολοστομία	52
7.Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς με καρκίνο	53
ΜΕΡΟΣ 4 ^ο	
Νεότερα Δεδομένα	56
Βιβλιογραφία	111

Περιεχόμενα Εικόνων

Εικόνα 1. Το παχύ έντερο	11
Εικόνα 2. Η παθοφυσιολογική εξέλιξη του καρκίνου του παχέος εντέρου	16
Εικόνα 3. Κολονοσκόπηση	22
Εικόνα 4. Ιστολογική εξέλιξη του καρκίνου του παχέος εντέρου	27
Εικόνα 5 .Λαπαροσκοπική κολεκτομή	29
Εικόνα 6.Δεξιά κολεκτομή και αναστόμωση	29
Εικόνα 7.Αριστερή κολεκτομή και αναστόμωση	30
Εικόνα 8.Εγκάρσια κολεκτομή και αναστόμωση	30
Εικόνα 9.Κολοστομία	33

Περιεχόμενα πινάκων

Πίνακας 1. Κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του παχέος εντέρου	24
Πίνακας 2. Ταξινόμηση κατά Dukes	26
Πίνακας 3.Σταδιοποίηση κατά TNM	27

Περίληψη

Εισαγωγή: Ένα από τα πιο συχνά είδη καρκίνου που αποτελεί πλέον μάστιγα σε διεθνές επίπεδο είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ο οποίος μάλιστα καταλαμβάνει την 2^η θέση της συνολικής κατάταξης, τόσο όσον αφορά τις επιπτώσεις που προκαλεί, όσο και αναφορικά με την θνησιμότητα. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, ειδικά σε όσους έχουν ξεπεράσει τα 40 έτη.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιαστεί ο καρκίνος του παχέος εντέρου, τόσο όσον αφορά τα γενικά στοιχεία (ανατομία, φυσιολογία, παθολογία, επιδημιολογία κ.ά.) όσο και σχετικά με την θεραπεία και την αντιμετώπιση της κατάστασης. Σε κάθε περίπτωση τα δεδομένα που αξιοποιούνται εμπλέκουν τους επαγγελματίες υγείας και δη τους νοσηλευτές. Ο ρόλος τους είναι καθοριστικός σε κάθε στάδιο της πορείας του ασθενούς.

Μέθοδος: Για την ολοκλήρωση της παρούσας προσπάθειας πραγματοποιείται ανασκόπηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που περιέχουν άρθρα τα οποία ανταποκρίνονται στο θέμα και την τεκμηρίωσή του. Πιο συγκεκριμένα έγινε αναζήτηση στο PubMed και το Google Scholar. Μάλιστα εφαρμόστηκαν και φίλτρα αναφορικά με την χρονολογία δημοσίευσης των άρθρων. Σχετικά με την γλώσσα δημοσίευσης ο περιορισμός που τέθηκε αφορούσε την εμφάνιση άρθρων δημοσιευμένων στα αγγλικά

Αποτελέσματα: ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια από τις πιο επικίνδυνες νόσους της τελευταίας δεκαετίας. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι πολύπλευρος, από την πρόληψη μέχρι και την αντιμετώπιση. Σημαντικός σε κάθε περίπτωση είναι ο ρόλος του νοσηλευτή, και στις διεργασίες που αφορούν την προεγχειρητική και την μετεγχειρητική περίοδο, δίνοντας έμφαση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Δεδομένου λοιπόν ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μια από τις σοβαρότερες αιτίες θανάτου είναι απαραίτητη η καλύτερη πρόληψη με στόχο να αποφευχθεί κάθε πιθανότητα παρουσίασης του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου. Στις περιπτώσεις που η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη, αντιμετωπίζεται μέσα από την χειρουργική παρέμβαση κατά κύριο λόγο.

Λέξεις Κλειδιά: Καρκίνος Παχέος Εντέρου, Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, νοσηλευτική φροντίδα, ο ρόλος του νοσηλευτή

Abstract

Introduction: One of the most common types of cancer that is now a worldwide scourge is colorectal cancer, which even occupies the 2nd place in the overall ranking, both in its effects and in terms of mortality. Colon cancer can occur at any age, especially in those over 40 years of age.

Purpose: The purpose of this study is to present colorectal cancer, both in terms of general information (anatomy, physiology, pathology, epidemiology, etc.) and in the treatment and treatment of the condition. In any case, the data used involves health professionals and nurses. Their role is crucial at every stage of the patient's course.

Method: To complete this effort, a review of electronic databases containing articles corresponding to the topic and its documentation is carried out. More specifically, PubMed and Google Scholar were searched. In fact, some filters were applied as to the date of publication of the articles. Concerning the language of publication, the restriction imposed on the appearance of articles published in English

Results: Colon cancer is one of the most dangerous diseases of the last decade. The role of nurses is multifaceted, from prevention to treatment. In any case, the role of the nurse is also important, both in the pre-operative and post-operative processes, with emphasis on the psychosocial rehabilitation of the patient.

Conclusions: Since colon cancer is one of the most serious causes of death, better prevention is necessary in order to avoid any chance of developing this type of cancer. In cases where the condition is irreversible, it is treated primarily through surgery.

Keywords: Colon Cancer, , Colorectal Cancer, Nursing interventions, nursing care, the role of the nurse

Εισαγωγή

Στις μέρες μας όλο και περισσότεροι άνθρωποι διαγιγνώσκονται με κάποιας μορφής καρκίνο. Μια από τις πιο συχνές μορφές καρκίνου είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Πρόκειται για έναν κοινό κακοήγη όγκο στο γαστρεντερικό σωλήνα. Τα πρώιμα συμπτώματα μπορεί να μην είναι προφανή. Ωστόσο, με την αύξηση του όγκου, οι ασθενείς παρουσιάζουν αλλαγές στη συνήθεια του εντέρου, όπως η αιματοχέτευση, η διάρροια που εναλλάσσεται με τη δυσκοιλιότητα και ο τοπικός κοιλιακός πόνος. Επίσης συχνά συμπτώματα είναι η αναιμία και η απώλεια βάρους (Walter et al., 2016).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου ήταν μάλλον σπάνιος το 1950, αλλά έχει γίνει κυρίαρχος καρκίνος στις αναπτυγμένες και αντιπροσωπεύει περίπου το 10% της θνησιμότητας που σχετίζεται με τον καρκίνο. Οι λόγοι που σχετίζονται με αυτήν την αυξημένη συχνότητα περιλαμβάνουν τη γήρανση του πληθυσμού και την υιοθέτηση επιβλαβών διατροφικών συνηθειών, όπως το κάπνισμα, η χαμηλή σωματική δραστηριότητα και η παχυσαρκία (Warthin, 2013).

Όταν η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται άμεσα, τότε ο ασθενής έχει πολλές πιθανότητες να θεραπευθεί, κυρίως μέσω της χειρουργικής θεραπείας. Αυτού του είδους η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει επίσης την χημειοθεραπεία, τη χειρουργική ριζική θεραπεία και πολλές ακόμα σύγχρονες μεθόδους, όπως η ανοσοθεραπεία ή κλασσικές λύσεις, όπως οι κολοστομίες. Σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη σε κάθε φάση της νόσου. Οι νοσηλευτές καλούνται να υποστηρίξουν ψυχολογικά τόσο τους ίδιους όσο και τις οικογένειές τους προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα μοναξιάς, ανησυχίας, και κατάθλιψης, και οι ασθενείς να μην απομονωθούν κοινωνικά (Capelle et al., 2016).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελείται από 4 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στοιχεία φυσιολογίας, ανατομίας και παθοφυσιολογίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται σημαντικά στοιχεία με την νόσο, όπως η

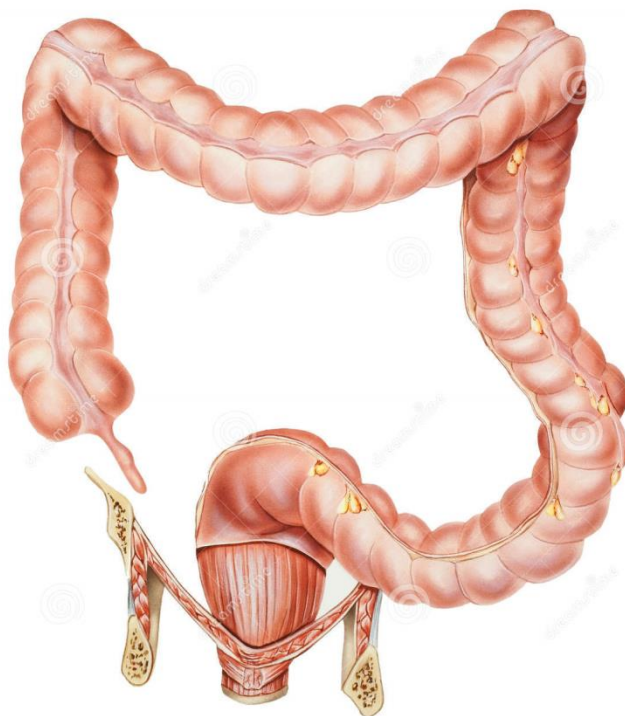
επιδημιολογία, η διάγνωση και η διαφοροδιάγνωση, η αιτιολογία, αλλά και σημαντικές πληροφορίες για την θεραπεία. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τον ρόλο του νοσηλευτή σε κάθε επίπεδο. Το τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο αφορά τα νεότερα δεδομένα που σχετίζονται με την νόσο αυτή και την νοσηλευτική επιστήμη.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

1.Ανατομία του παχέος εντέρου

Το πεπτικό σύστημα αποτελεί ένα σύστημα που συνδιάζει σωληνώδεις σχηματισμούς και αδένες που εκκρίνουν διάφορες ουσίες για την πέψη και την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών. Το σύστημα αυτό αρχίζει από τις δομές του στοματοφάρυγγα (στόμα, δόντια, σιελογόνοι αδένες, υπερώα, γλώσσα), συνεχίζει στον οισοφάγο, το στομάχι, το λεπτό και το παχύ έντερο, το ορθό και το απευθυσμένο. Τα παρακείμενα όργανα, που είναι αναγκαία για τη λειτουργία του πεπτικού είναι το ήπαρ και το πάγκρεας (Ellis, 2010).

Το παχύ έντερο που αποτελεί το κατώτερο τμήμα του πεπτικού σωλήνα είναι υπεύθυνο για την απορρόφηση του νερού και τη μετατροπή των υπολειμμάτων των άπεπτων τροφών σε κόπρανα. Έχει μήκος ενάμισι μέτρο περίπου και πλάτος τρία με οκτώ εκατοστά και αποτελεί τη συνέχεια του λεπτού εντέρου. Αρχίζει από την ειλεοκολική βαλβίδα και καταλήγει στον πρωκτό (Burcharth & Rosenberg, 2012).



Εικόνα 1. Το παχύ έντερο

Το μήκος του παχέος εντέρου υπολογίζεται στο ενάμιση μέτρο, με σημείο έναρξης την ειλεοτυφλική βαλβίδα και σημείο τερματισμού τον πρωκτό. Οι χιτώνες του είναι ο βλεννογόνος, ο υποβλεννογόνος, ο μυϊκός και ο ορογόνος. Περιμετρικά του σχηματίζεται μία ατελής στεφάνη, που το συνδέει με το λεπτό έντερο. Μοίρες του θεωρούνται το κόλον, το απευθυσμένο και το τυφλό. Το παχύ έντερο αποτελείται από τρεις μικρότερες μοίρες: το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον και το απευθυσμένο. Το κόλο, από την πλευρά του, συνδέεται με το δεξί νεφρό από τη μία πλευρά και με τον ουρητήρα από την άλλη. Ακόμη, υποδιαιρείται σε εγκάρσιο κόλο και κάτω κόλο (Ellis, 2010).

Το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση με συνολικό μήκος 6cm και πλάτος 7,5cm τοποθετείται στο αρχικό σημείο του παχέος εντέρου και προβάλλει κάτω από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Τοποθετείται στο εσωτερικό του δεξιού λαγόνιου βόθρου και σε αυτό περιέχεται επίσης το στόμιο του ειλεού στο έσω τοίχωμα του. Μάλιστα, η χωρητικότητά του υπολογίζεται ότι είναι 100-150 κυβικά εκατοστά. Η μεσοκολική ταινία του παχέος εντέρου είναι στραμμένο προς τα πίσω και έσω. Όσον αφορά την επιπλοϊκή

ταινία αυτή είναι στραμμένη προς τα πίσω και έξω ενώ τέλος η ελεύθερη κολική ταινία τοποθετείται ανάμεσά τους και είναι έκδηλο από την μπροστινή πλευρά. Το μήκος που έχει το εγκάρσιον κόλον είναι περίπου 45cm και η έκτασή του καλύπτει την περιοχή από την δεξιά κολική καμπή μέχρι και το αριστερό υποχόνδριο, αντιστοίχως κατευθυνόμενο προς το κάτω άκρο του σπλήνα στρέφεται απότομα προς τα κάτω και πίσω μεταπίπτοντας έτσι στο κατιόν κόλο. Το εγκάρσιον κόλον καλύπτεται συνολικά από το περιτόναιο και στηρίζεται από δυο πτυχές του περιτοναίου, το μεσόκολο, το γαστροκολικό σύνδεσμο και το εγκάρσιο. Συνεπώς, η κατάσταση αυτή είναι που του αποδίδει την δυνατότητα ευκινησίας (Burcharth & Rosenberg, 2012).

Η διάμετρος στο ανιόν κόλο υπολογίζεται περίπου στα 15cm, συνιστώντας την συνέχεια του τυφλού προς τα πάνω. Από την πλευρά του ο αυλός φαίνεται πως δεν έχει τόσο μεγάλη διάμετρο. Μάλιστα, τον καλύπτουν το περιτόναιο κατά την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειες. Σημαντικό σχετικά με την οπίσθια επιφάνειά του είναι να αναφερθεί ότι τοποθετείται σε ανατομική συσχέτιση με τον ουρητήρα. Ταυτόχρονα η δεξιά κολική καμπή επικαλύπτει διαρκώς τον κάτω πόλο του δεξιού νεφρού (Michael, 2015).

Το κατιόν κόλο με τη σειρά του φαίνεται πως έχει μήκος περίπου 25cm. Το σημείο έναρξής του φαίνεται πως έπεται της αριστερής κολικής καμπής, έχοντας κατεύθυνση την ένατη ή δέκατη πλευρά. Μάλιστα φέρεται προς τα κάτω στην αρχή στο αριστερό υποχόνδριο ενώ σε δεύτερο στάδιο στην αριστερή οσφυϊκή χώρα καταλήγοντας στην λαγόνια ακρολοφία. Το κατιόν κόλο φέρει 3 κολικές ταινίες και δυο στίχους επιπλοϊκών αποφύσεων. Το περιτόναιο καλύπτει και αυτό τόσο από την μπροστινή όσο και από την πισινή πλευρά (Burcharth & Rosenberg, 2012).

Η συνέχεια του κατιόντος κόλου είναι γνωστή ως σιγμοειδές και τοποθετείται ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και την μήτρας στην περίπτωση των γυναικών, και ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το απευθυσμένο την περίπτωση των ανδρών. Το περιτόναιο περιβάλλει το κατιόν κόλο. Μάλιστα το κατιόν κόλο κρέμεται από το μεσοσιγμοειδές, μια πτυχή του περιτοναίου. Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό είναι το απευθυσμένο ή αλλιώς ορθό. Στην ουσία πρόκειται για την τελευταία μοίρα του παχέος εντέρου και καταλήγει στον αιμορροϊδικό δακτύλιο. Μάλιστα, παρουσιάζει 2 μοίρες οι οποίες είναι γνωστές ως περινεϊκή μοίρα η μία και ως ενδοπυελική μοίρα η δεύτερη (Satish, 2010).

2.Φυσιολογία του παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο εξυπηρετεί τις ακόλουθες σημαντικές λειτουργίες:

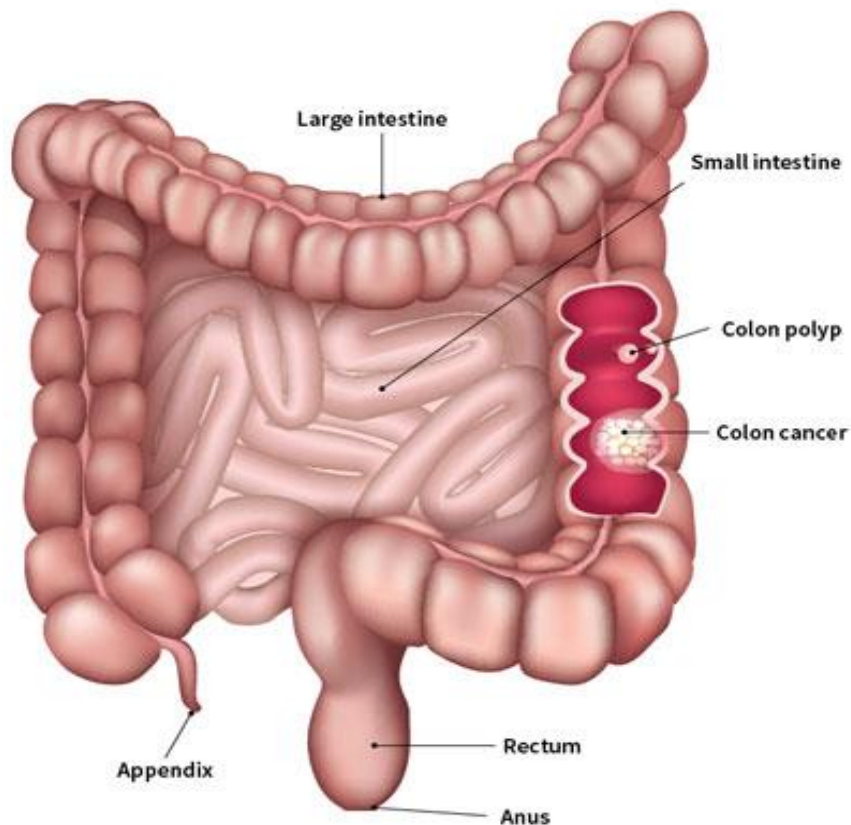
- *Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για την ανάπτυξη μικροοργανισμών παχέος εντέρου.* Φυσιολογικά τα κόπρανα είναι κατά τα $\frac{3}{4}$ περίπου νερό και κατά το $\frac{1}{4}$ στερεά συστατικά, από τα οποία περίπου 30% είναι νεκρά μικρόβια, 10% - 20% λίπος, 10% - 20% ανόργανη ύλη, 2% - 3% πρωτεΐνη και 30% άπεπτα συστατικά της τροφής και αποξηραμένα συστατικά των πεπτικών υγρών, όπως χολοχρωστικές και επιθηλιακά κύτταρα που αποπίπτουν. Το καστανό χρώμα των κοπράνων οφείλεται στη στερκοχολίνη και στην ουροχολίνη, που είναι παράγωγα της χολερυθρίνης. Η οσμή τους οφείλεται κυρίως στα προϊόντα της δράσης των μικροβίων, τα οποία διαφέρουν από άτομο σε άτομο ανάλογα με την μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου και τον τύπο της τροφής που κατανάλωσε. Τα πραγματικά οσμηγόνα προϊόντα είναι η ινδόλη, η σκατόλη, οι μερκαπτάνες και το υδρόθειο. Το παχύ έντερο στεγάζει πάνω από 700 είδη βακτηρίων που εκτελούν μια ποικιλία λειτουργιών. Αυτά τα βακτήρια παράγουν επίσης μεγάλες ποσότητες βιταμινών, ειδικά βιταμίνης K και βιοτίνης (βιταμίνη B). Άλλα βακτηριακά προϊόντα παράγουν αέρια, τα οποία είναι ένα μείγμα αζώτου και διοξειδίου του άνθρακα, με μικρότερες ποσότητες αερίων, όπως υδρογόνο, μεθάνιο και υδρόθειο. Τα αέρια αυτά προέρχονται από τη βακτηριακή ζύμωση των μη αφομοιωμένων πολυσακχαριτών. Πάνω από 99% της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου είναι αναερόβια μικρόβια με υπεροχή του *Bacteroides Fragilis* αλλά και ο *Lactobacillus Fibidus*, κλωστηρίδια και κόκκοι διαφόρων τύπων. Τα αερόβια βακτήρια είναι κυρίως τα κολοβακτηρίδια (*Escherichia Coli*) και οι εντερόκοκκοι (*Streptococcus Faecalis*). Τα βακτηρίδια του εντέρου συμμετέχουν επίσης στην παθοφυσιολογία πολλών νοσημάτων, όπως επίσης και στην άμυνα του οργανισμού κατά των λοιμώξεων. Τέλος υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι αυτά παίζουν αξιόλογο ρόλο στην παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου (Satish, 2010).
- *Απορρόφηση του ύδατος και απέκκριση ιόντων καλίου και διττανθρακικών.* Το παχύ έντερο έχει σαν λειτουργία την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών

προκειμένου να διατηρηθεί η ισορροπία αυτών στον οργανισμό (Koeppen & Stanton, 2014).

- *Προώθηση των κοπράνων προς το σιγμοειδές και το ορθό για την τελική απομάκρυνση από το σώμα.* Η κινητική δραστηριότητα του παχέος εντέρου χρησιμεύει για τη μεταφορά των κοπράνων και την τελική έκκριση αυτών στο εξωτερικό περιβάλλον, ως το τελικό αποτέλεσμα των πεπτικών διεργασιών. Η συσταλτική δραστηριότητα του παχέος εντέρου αντιπροσωπεύεται από κύματα διαφορετικού πλάτους, που συμβαίνουν τόσο ως μεμονωμένα γεγονότα ή ως συνεχής περισταλτικής δραστηριότητα. Τα μεμονωμένα περισταλτικά γεγονότα χρησιμεύουν ως μέσο για να ευνοηθεί η απορρόφηση του ύδατος και των θρεπτικών ουσιών, ενώ η συνεχής περισταλτική δραστηριότητα εκτελείται για τη μια λειτουργία μεταφοράς των κοπράνων (Bharucha & Camilleri, 2019).
- *Σύνθεση της βιταμίνης K ως ένα πολύτιμο συμπλήρωμα στις διατροφικές πηγές της βιταμίνης K.* Υπάρχουν δύο πηγές αυτής της βασικής βιταμίνης, συμπεριλαμβανομένης της βιταμίνης K1 ή της φυλλοκινόνης που βρίσκεται κυρίως στα πράσινα φυλλώδη λαχανικά και της βιταμίνης K2 που συντίθεται από ορισμένα εντερικά βακτήρια. Η βιταμίνη K είναι ένας βασικός παράγοντας που είναι απαραίτητος για την παραγωγή των παραγόντων πήξης II, VII, IX και X στον άνθρωπο (Simes et al., 2020).

3. Παθοφυσιολογία

Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι επίσης ζωτικής σημασίας για τη διαχείριση του κάθε ασθενούς. Σε αντίθεση με άλλες μορφές καρκίνου όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, η μεγάλη πλειοψηφία των καρκίνων του παχέος εντέρου αναφέρεται σε ένα μοναδικό ιστογενετικό τύπο, δηλαδή στο αδενοκαρκινώμα. Οι όγκοι προκύπτουν τελικά από πολυδύναμα βλαστικά κύτταρα που υπάρχουν στην κρύπτη του παχέος εντέρου. Περιστασιακά, άλλες ιστολογικές παραλλαγές αναφέρονται ως πρωτογενή ορθοκολικά νεοπλάσματα, ενώ ο δεύτερος συχνότερος τύπος καρκίνου, αναφέρεται σε νευροενδοκρινικούς όγκους, με ποικίλους βαθμούς επιθετικότητας, που κυμαίνονται από κλινικά καλοήθεις όγκους, έως όγκους υψηλού βαθμού κακοήθειας (Johnston & Carey, 2019).



Εικόνα 2. Η παθοφυσιολογική εξέλιξη του καρκίνου του παχέος εντέρου

Στο παχύ έντερο, η εξέλιξη των φυσιολογικών επιθηλιακών κυττάρων σε αδενοκαρκίνωμα γενικά ακολουθεί μια προβλέψιμη εξέλιξη ιστολογικών και ταυτόχρονων επιγενετικών και γενετικών αλλαγών. Στο «κλασικό» μοντέλο ανάπτυξης του καρκίνου του παχέος εντέρου, η συντριπτική πλειονότητα των καρκίνων προκύπτει από έναν πολύποδα, ο οποίος στη συνέχεια εξελίσσεται σε πρώιμο αδένωμα (μέγεθος <1 cm, με σωληνοειδή ιστολογία). Το αδένωμα στη συνέχεια εξελίσσεται σε προχωρημένο αδένωμα (> 1 cm σε μέγεθος) πριν τελικά αρχίζει να αναπτύσσεται ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Αυτή η διαδικασία καθοδηγείται από τη συσσώρευση μεταλλάξεων και επιγενετικών αλλοιώσεων και διαρκεί 10-15 χρόνια, αλλά μπορεί να προχωρήσει πιο γρήγορα κάτω από ορισμένες ρυθμίσεις (για παράδειγμα, σε ασθενείς με σύνδρομο Lynch). Το αδενοκαρκίνωμα

μπορεί να υποδιαιρεθεί από τα μικροσκοπικά χαρακτηριστικά του σε καλές, μέτριες και κακώς διαφοροποιημένες μορφές (Hutchins et al., 2013).

ΜΕΡΟΣ 2^ο

1.Ορισμός του καρκίνου του παχέος εντέρου

Αναφορικά με τον καρκίνο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πρόκειται για την μη ελεγχόμενη ανοδική τάση των κυττάρων του ανθρώπινου οργανισμού προς ένα καθορισμένο τμήμα ενός συγκεκριμένου οργάνου. Τα κύτταρα αυτά εξελίσσονται με έναν τρόπο πολύ πιο διαφορετικό από τα κύτταρα που ακολουθούν την φυσιολογική πορεία. Ως εκ τούτου, αντί να σημειώνεται θάνατος των καρκινικών κυττάρων, παρατηρείται εξέλιξή τους. Σε επόμενο μάλιστα στάδιο επιτυγχάνεται ανάπτυξη νέων, μη φυσιολογικών κυττάρων, των οποίων η επίδραση στον οργανισμό προκαλεί μια σειρά από προβλήματα (Bukhtoyarov et al., 2015).

Με την ίδια εικόνα, στην περίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου ή του ορθοκολικού καρκίνου, η αρχική προκαρκινική μορφή έχει την εικόνα ενός πολύποδα, που σταδιακά εξελίσσεται σε σοβαρή κακοήθεια. Τα αδενοκαρκινώματα αποτελούν περισσότερο από το 95% των καρκίνων του παχέος εντέρου. Αυτοί οι καρκίνοι αναπτύσσονται σε κυτταρικές δομές που παράγουν βλέννα, για να λιπαίνουν το εσωτερικό του παχέος εντέρου και του ορθού (Mari et al., 2015).

2. Αιτιοπαθογένεια και διατροφή

Σύμφωνα με επιδημιολογικές και εργαστηριακές μελέτες, η εμφάνιση του ορθοκολικού καρκίνου αποτελεί συνέπεια της αλληλεπίδρασης κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Διάφορες απόψεις συνηγορούν στο ότι διατροφικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση σημαντικού αριθμού περιπτώσεων της νόσου, χωρίς όμως να είναι δυνατό ο αριθμός αυτός να υπολογιστεί με ακρίβεια. Ιδιαίτερης προσοχής έχουν τύχει οι εξής διατροφικές συνήθειες:

- *Η δίαιτα με χαμηλή περιεκτικότητα σε μη απορροφήσιμες φυτικές ίνες.* Η μειωμένη πρόσληψη φυτικών ινών συσχετίζεται με ελαττωμένο όγκο κοπράνων, αυξημένη κατακράτηση των κοπράνων στο έντερο και αλλοίωση της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου.

- *Η δίαιτα με υψηλή περιεκτικότητα σε επεξεργασμένους υδατάνθρακες ή και λίπος.* Τα τοξικά παραπροϊόντα της αποδόμησης των σακχάρων συσσωρεύονται στο έντερο και παραμένουν, για σημαντικό χρονικό διάστημα, σε επαφή με τον εντερικό βλεννογόνο. Επίσης, το λίπος αυξάνει την σύνθεση χοληστερόλης και χολικών οξέων στο ήπαρ, που – με την σειρά τους – μετατρέπονται σε δυνητικά καρκινογόνα από τα εντερικά βακτήρια (Raskov et al., 2017).
- *Η ελαττωμένη πρόσληψη προστατευτικών θρεπτικών ουσιών, όπως είναι οι βιταμίνες Α, C και Ε.* Σημειώνεται ότι οι βιταμίνες αυτές ασκούν προστατευτική δράση, δεσμεύοντας τις ελεύθερες ρίζες οξυγόνου. Η εμφάνιση της νόσου έχει συσχετιστεί – ακόμα – με το κάπνισμα, την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και τον καθιστικό τρόπο ζωής. Επίσης, διάφορες μελέτες, σχετικά με τον προσδιορισμό των αιτιολογικών παραγόντων και την ανάπτυξη αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης, έχουν καταλήξει ότι η ύπαρξη αδενωμάτων του παχέος εντέρου συσχετίζονται, σε μεγάλο βαθμό, με την ανάπτυξη ορθοκολικού καρκίνου μετά από κάποιο χρονικό διάστημα (Walsh & Carey, 2013).

3.Παράγοντες κινδύνου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου θεωρείται ένας καλά μελετημένος καρκίνος και για το λόγο αυτό έχουν προσδιοριστεί μια σειρά από παράγοντες που θεωρούνται επαρκώς τεκμηριωμένοι για τη σχέση τους με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Ειδικότερα περιγράφονται:

- *Ηλικία.* Σε ότι αφορά την ηλικιακή ομάδα των πασχόντων, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως ο κίνδυνος για την ύπαρξη του ορθοκολικού καρκίνου είναι μεγαλύτερος όσο πιο μεγάλη είναι η ηλικία του πάσχοντα. Άνθρωποι με ηλικιακή ομάδα μεγαλύτερη των 55 κυρίως χρόνων, παρουσιάζουν πιο μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο αυτής της μορφής (East et al., 2017).
- *Κληρονομικότητα.* Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση και το σύνδρομο Lynch είναι οι δύο πιο κοινές μορφές κληρονομικού καρκίνου του παχέος εντέρου. Το σύνδρομο Lynch

αντιπροσωπεύει περίπου το 3% όλων των καρκίνων του παχέος εντέρου και αναπτύσσεται μεταξύ της ηλικίας 20 και 30 ετών. Η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση εμφανίζεται συχνά πριν από την ηλικία των 45 ετών και προκαλείται από μεταλλάξεις στα γονίδια, προκαλώντας χρωμοσωμική αστάθεια. Η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση αντιπροσωπεύει 1-2% όλων των καρκίνων του παχέος εντέρου και εάν δεν πραγματοποιηθεί κολεκτομή, το 100% των ατόμων με οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση θα αναπτύξει καρκίνο του παχέος εντέρου (East et al., 2017).

- *Φλεγμονή.* Η χρόνια φλεγμονή επηρεάζει την ανάπτυξη καρκίνου και την μεταγενέστερη εμφάνιση μετάστασης μέσω διαφορετικών μηχανισμών. Η διαδικασία επούλωσης του κυττάρου, η οποία συμβαίνει κατά τη διάρκεια της φλεγμονώδους απόκρισης, δημιουργεί αύξηση της αγγειογένεσης, η οποία διευκολύνει την εξέλιξη του όγκου (Johnson et al., 2013).
- *Ασθένειες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής.* Οι ασθένειες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως η παχυσαρκία, το μεταβολικό σύνδρομο και ο διαβήτης τύπου 2, σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου (East et al., 2017).
- *Εκπαιδευτικό επίπεδο.* Το επίπεδο εκπαίδευσης, ως δείκτης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, βρέθηκε να σχετίζεται με αυξημένο επιπολασμό του καρκίνου του παχέος εντέρου. Αυτή η συσχέτιση φαίνεται να εξαρτάται από την υψηλότερη συχνότητα καπνίσματος, την έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες που σχετίζονται με την εργασία, την υψηλότερη συχνότητα παχυσαρκίας, έναν πιο καθιστικό τρόπο ζωής και λιγότερο υγιείς διατροφικές συνήθειες σε άτομα με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Johnson et al., 2013).
- *Φυσική δραστηριότητα.* Η σωματική δραστηριότητα σχετίζεται αντιστρόφως με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Υπάρχουν αρκετοί εύλογοι μηχανισμοί που εξηγούν γιατί η σωματική δραστηριότητα μπορεί να προστατεύσει από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η σωματική δραστηριότητα διεγείρει τον περισταλτισμό και μειώνει το χρόνο διέλευσης της τροφής μέσω του παχέος εντέρου, μειώνοντας έτσι τον χρόνο για την επαφή των καρκινογόνων με τον βλεννογόνο (Kuipers et al., 2015).

- *Κάπνισμα.* Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου και ο κίνδυνος αυξάνεται αναλογικά με την καπνιστική συνήθεια σε ποσότητα τσιγάρων και σε έτη καπνιστικής συνήθειας. Το κάπνισμα προκαλεί μη αναστρέψιμη γενετική βλάβη στον βλεννογόνο του παχέος εντέρου, η οποία μπορεί να προκαλέσει σχηματισμό και αύξηση του ρυθμού ανάπτυξης των αδενωματώδους πολύποδων (Kuipers et al., 2015).
- *Κατανάλωση αλκοόλ.* Έχουν βρεθεί συσχετίσεις μεταξύ της υψηλότερης πρόσληψης αλκοόλ και του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Το αλκοόλ πιστεύεται ότι είναι καρκινογόνο για τον άνθρωπο και παράγοντας κινδύνου σε πολλούς διαφορετικούς καρκίνους. Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί επίσης να σχετίζεται με χαμηλότερη πρόσληψη βασικών θρεπτικών ουσιών και συνεπώς έμμεσα με υψηλότερη ευαισθησία στον καρκίνο του παχέος εντέρου (Kuipers et al., 2015).

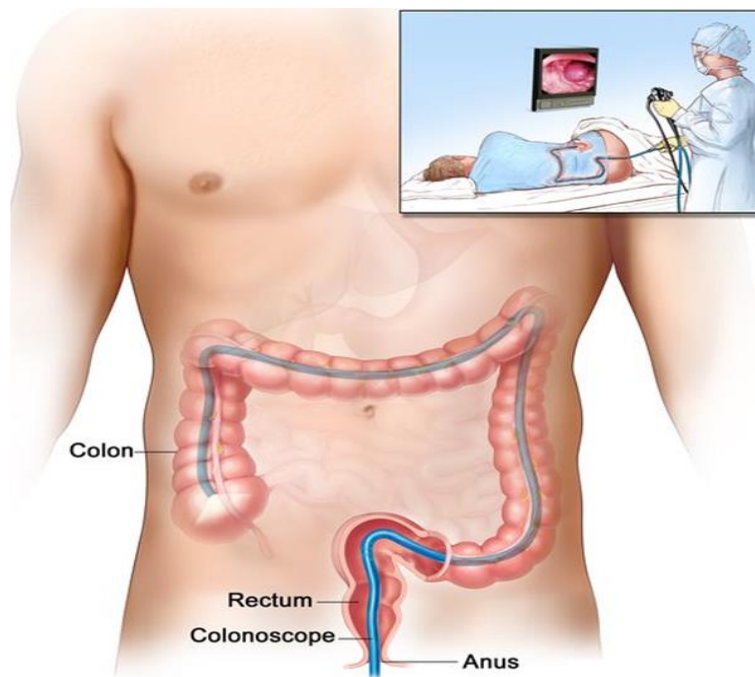
4.Προκαρκινωματώδεις καταστάσεις

Ως πολύποδας ορίζεται οποιαδήποτε μάζα που προεξέχει στον αυλό ενός κοίλου οργάνου. Οι πολύποδες του παχέος εντέρου μπορούν να ταξινομηθούν ιστολογικά ως νεοπλαστικοί ή ως μη νεοπλαστικοί (υπερπλαστικοί, αμαρτωματικοί ή φλεγμονώδεις). Οι νεοπλαστικοί πολύποδες είναι πρωταρχικής σημασίας επειδή έχουν κακοήγη δυναμικό, το οποίο αντιπροσωπεύει το πρώτο στάδιο ανάπτυξης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Για αυτόν τον λόγο, είναι απαραίτητο να προσδιοριστούν αυτοί οι πολύποδες σε αρκετά πρώιμο στάδιο, όταν μια απλή ενδοσκοπική διαδικασία μπορούν να εξαιρεθούν και να αποτραπεί η εξέλιξη τους σε καρκίνο. Αν και οι περισσότεροι νεοπλαστικοί πολύποδες δεν εξελίσσονται σε καρκίνο, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η πλειονότητα των ορθοκολικών καρκινωμάτων εξελίσσεται από αδενωματώδεις πολύποδες (Shussman & Wexner, 2014).

5.Διάγνωση

Η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου προκύπτει από την αξιολόγηση ενός ασθενούς που εμφανίζει συμπτώματα. Η ασθένεια μπορεί να σχετίζεται με φάσμα συμπτωμάτων, όπως αίμα στα κόπρανα, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου και κοιλιακό άλγος. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν κόπωση, συμπτώματα που σχετίζονται με αναιμία, όπως ωχρή εμφάνιση και δύσπνοια και απώλεια βάρους. Σε

συμπτωματικούς ασθενείς, η κολονοσκόπηση είναι η προτιμώμενη μέθοδος διερεύνησης (Lemone & Burke, 2014).



Εικόνα 3. Κολονοσκόπηση

5.1.Κολονοσκόπηση

Η κολονοσκόπηση είναι το χρυσό πρότυπο για τη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Έχει υψηλή διαγνωστική ακρίβεια και μπορεί να αξιολογήσει τη θέση του όγκου. Επίσης αυτή η τεχνική επιτρέπει τη λήψη δείγματος ιστού για βιοψία και, ως εκ τούτου, την ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης. Η κολονοσκόπηση είναι επίσης η μόνη τεχνική διαλογής που παρέχει τόσο διαγνωστικό όσο και θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η αφαίρεση των αδενωμάτων μπορεί να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου και τη θνησιμότητα (Zauber et al., 2012).

5.2.Εργαστηριακός έλεγχος

Από τον απλό εργαστηριακό έλεγχο ρουτίνας ή γενική εξέταση αίματος είναι δυνατόν να αποκαλύψει στοιχεία υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας λόγω χρόνιας απώλειας αίματος. Παράλληλα ο έλεγχος της ηπατικής βιολογίας και τα επίπεδα της αλβουμίνης αίματος μπορεί να αποκαλύψει το επίπεδο θρέψης του ασθενούς και πιθανή ηπατική συμμετοχή στη νόσο (Aktipis et al., 2012).

5.3.Βιοδείκτες

- Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA- Carcino Embryonic Antigen). Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο είναι ο συχνότερα ελεγχόμενος δείκτης όταν υπάρχει υποψία για όγκο του γαστρεντερικού σωλήνα. Η συγκέντρωση άνω των 5 $\mu\text{g} / \text{l}$ καθορίζεται ως υψηλή. Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που παράγεται από κύτταρα του παχέος εντέρου. Το αυξημένο επίπεδο στον ορό μπορεί να συνδεθεί με καρκινογένεση. Δυστυχώς, η αύξηση της συγκέντρωσης σπάνια εμφανίζεται στα αρχικά στάδια της νόσου. Συνήθως παρατηρείται σε σοβαρούς όγκους (Rawson et al., 2012).
- Καρκινικό αντιγόνο 19-9 (Cancer Antigen 19-9). Το καρκινικό αντιγόνο 19-9 παρατηρείται σε όγκους του γαστρεντερικού σωλήνα. Είναι μια γλυκοπρωτεΐνη με υψηλό μοριακό βάρος που μπορεί να απελευθερωθεί στο αίμα. Το CA 19-9 χρησιμοποιείται στη διάγνωση του καρκίνου του παγκρέατος, του στομάχου και του παχέος εντέρου. Η ταυτόχρονη εκτίμηση των CA 19-9 και CEA εφαρμόζεται ως προεγχειρητικός προγνωστικός παράγοντας στην αξιολόγηση του σταδίου του όγκου και του ποσοστού επιβίωσης (Rawson et al., 2012).

6.Διαφορική διάγνωση

Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να έχουν μια ποικιλία πιθανών διαγνώσεων, όπως:

- Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου: Η μέση ηλικία έναρξης της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου είναι νεότερη (20-40 έτη) από ό, τι με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και συνήθως εμφανίζεται με διάρροια που περιέχει αίμα και βλέννα.
- Αιμορροΐδες: έντονη πρωκτική αιμορραγία ή στην επιφάνεια των κοπράνων, αλλά σπάνια παρουσιάζεται με κοιλιακή δυσφορία ή πόνο, αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου ή απώλεια βάρους (Kuijpers et al., 2015).

7.Κλινική εικόνα

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου συχνά δεν προκαλεί συμπτώματα παρά μόνο αφού η νόσος έχει φθάσει σε προχωρημένο στάδιο. Επειδή η εξέλιξη της νόσου είναι αργή, είναι δυνατόν να μεσολαβήσουν 5-15 έτη έως ότου εμφανιστούν τα συμπτώματα. Οι κλινικές εκδηλώσεις του όγκου εξαρτώνται από τη θέση, το είδος, το μέγεθός του και την τυχόν εμφάνιση επιπλοκών. Τα συχνότερα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι τα εξής:

Πίνακας 1. Κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του παχέος εντέρου

- Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου με την μορφή δυσκοιλιότητας, διάρροιας ή σε συνδυασμό και των δυο
- Αποβολή αίματος με τις κενώσεις
- Κοιλιακά άλγη
- Δυσπεπτικά ενοχλήματα
- Μετεωρισμός της κοιλιάς
- Ψηλαφητή ενδοκοιλιακή μάζα.
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους
- Εύκολη κόπωση και αδυναμία
- Αναιμία

Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η παρουσία αίματος στα κόπρανα, λόγω αιμορραγίας του όγκου. Η λανθάνουσα αιμορραγία μπορεί να έχει τη μορφή μέλαινας ή αποβολής ζωηρόχρωμου αίματος ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Σπάνια τα καρκινώματα του τυφλού, ανιόντος εγκαρσίου και κατιόντος κόλου, δίνουν συμπτώματα αιμορραγίας λόγω της ανάμειξης του αίματος με το περιεχόμενο του εντέρου. Στην περίπτωση όμως μέλαινας κενώσεως πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφοροδιαγνωστική σκέψη του ιατρού το νεόπλασμα. Ο καρκίνος του σιγμοειδούς και ιδιαίτερα του ορθού εμφανίζεται με αιμορραγία που μπορεί να συνοδεύεται από βλέννη στα κόπρανα. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για να μην αποδίδεται η αιμορραγία σε καλοήθεις παθήσεις του πρωκτού, όπως σε αιμορροΐδες, πριν αποκλειστεί το ενδεχόμενο καρκίνου. Φυσικά οι δύο οντότητες μπορεί να συνυπάρχουν (Kuipers et al., 2015).

Δεύτερο σε συχνότητα σύμπτωμα είναι η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου. Δυσκοιλιότητα, διαρροϊκές κενώσεις, εναλλαγή δυσκοιλιότητας και διαρροιών καθώς και μεταβολή της διαμέτρου των κοπράνων είναι δυνατό να αποτελούν πρώιμα συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά οφείλονται συνήθως σε απόφραξη του εντέρου και είναι συνηθέστερα σε καρκίνου του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου. Ο αποφρακτικός ειλεός συνεπεία νεοπλάσματος συμβαίνει κυρίως σε εντόπιση στο αριστερό κόλον (Walter et al., 2016).

Το κοιλιακό άλγος είναι δυνατό να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα του καρκίνου του παχέος εντέρου επί οποιασδήποτε εντοπίσεως. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδίδεται επί υπάρξεως πόνου με χαρακτήρες κολικού που μπορεί να συνοδεύεται από διάταση της κοιλιάς και αναστολή αερίων και κοπράνων. Τα χαρακτηριστικά αυτά υποδηλώνουν κώλυμα στην προώθηση του εντερικού περιεχομένου και προσπάθεια υπερνικήσεως του κωλύματος. Η διήθηση των πέριξ οργάνων είναι δυνατό να προκαλέσει εκτός από πόνο συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας όταν διηθείται η κύστις και ο προστάτης. Είναι επίσης εφικτό να σχηματιστούν εσωτερικά συρίγγια, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, ορθοκυστικά ή ορθοκολπικά. Κλινική εικόνα περιτονίτιδας μπορεί να προέλθει από διάτρηση του εντέρου είτε λόγω διηθήσεως από τον όγκο, είτε διάτρηση συνηθέστερα του τυφλού λόγω παραμελημένης εντερικής αποφράξεως (Sleisenger, 2009).

8.Σταδιοποίηση

8.1.Ταξινόμηση κατά Dukes

Σύμφωνα με τον Dukes, η σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου θεωρείται το συχνότερα και συνάμα το αποτελεσματικότερο σύστημα, κατά την διάρκεια της κλινικής πράξης. Αρχικά, στο πρώτο στάδιο, κατατάσσονται ασθενείς στο οποίους έχει διηθεί είτε μόνο υποβλεννογόνιο είτε μόνο βλεννογόνο χιτώνα. Οι ασθενείς αυτοί, στις περισσότερες των περιπτώσεων, έχουν τουλάχιστον πέντε χρόνια ευδόκιμου ζωής. Από στην άλλη, το δεύτερο στάδιο χωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες: στην πρώτη, ανήκουν οι περιπτώσεις στις οποίες έχει διηθεί μόνο τη μυϊκή στοιβάδα, και έχουν πολλές πιθανότητες να αγγίξουν τα πέντε χρόνια ζωής, ενώ στην δεύτερη υποκατηγορία, αναφερόμαστε σε πλήρη διήθηση μυϊκής στοιβάδας, με αρκετά λιγότερες πιθανότητες να φτάσουν τα πέντε χρόνια ευδόκιμου ζωής. Στη συνέχεια, το

τρίτο στάδιο, περιλαμβάνει περιπτώσεις πλήρους ή μερικής διήθησης των επιχώριων λεμφαδένων, με μηδαμινές έως ελάχιστες ελπίδες ζωής. Τέλος, το τέταρτο και τελευταίο στάδιο, παρουσιάζονται απομακρυσμένες μεταστάσεων, με αποτέλεσμα να υπάρχουν μηδαμινές περιπτώσεις για πενταετές ευδόκιμο ζωής (Freeman, 2013).

Πίνακας 2. Ταξινόμηση κατά Dukes

- Στάδιο A: Ο όγκος περιορίζεται στον βλεννογόνο.
- Στάδιο B1: Ο όγκος περιορίζεται στο υποβλεννογόνο, χωρίς εισβολή λεμφαδένων.
- Στάδιο B2: Ο όγκος περιορίζεται στο μυϊκό στρώμα, χωρίς εισβολή λεμφαδένων.
- Στάδιο C1: Ο όγκος δεν ξεπέρασε το τοίχωμα του εντέρου, υπάρχει μετάσταση σε λεμφαδένες.
- Στάδιο C2: Ο όγκος ξεπέρασε το εντερικό τοίχωμα και υπάρχει μετάσταση των λεμφαδένων.

8.2.Ταξινόμηση TNM

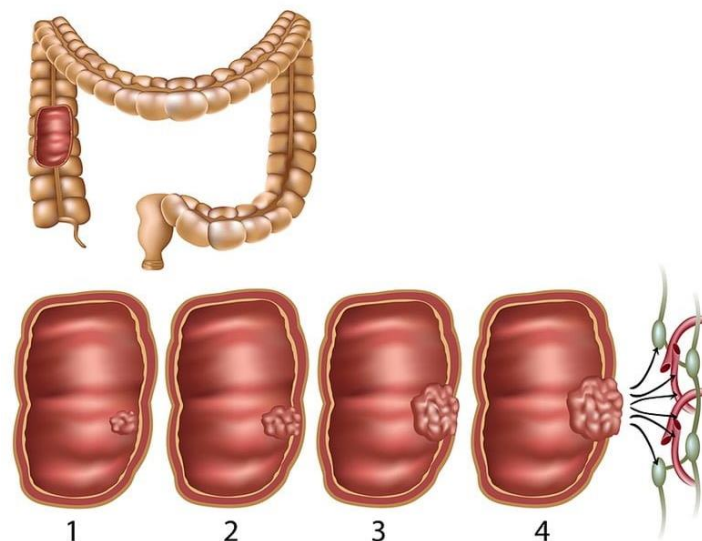
Η ταξινόμηση TNM χρησιμοποιείται ως σύστημα ταξινόμησης κυρίως σε συμπαγείς όγκους, αλλά επιτρέπει επίσης καλύτερη ανταλλαγή πληροφοριών και έρευνα μεταξύ των πληθυσμών. Το σύστημα αυτό βασίζεται σε μια αξιολόγηση του όγκου, των περιφερειακών λεμφαδένων και της απομακρυσμένης μετάστασης, όπως περιγράφεται παρακάτω:

- T (Tumor) - Όγκος. Χρησιμοποιείται για να περιγράψει το μέγεθος του πρωτογενούς όγκου και την εισβολή του σε γειτονικούς ιστούς. Το T0 δείχνει ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις όγκου, ενώ το T1-T4 χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του μεγέθους και της επέκτασης του όγκου.
- N (Nodes) - Λεμφαδένες. Χρησιμοποιείται για την περιγραφή της εμπλοκής των λεμφαδένων στην επέκταση του όγκου. Οι λεμφαδένες λειτουργούν ως βιολογικά φίλτρα, καθώς το υγρό από τους ιστούς του σώματος απορροφάται στα λεμφικά τριχοειδή αγγεία και ρέει στους λεμφαδένες. Το N0 δεν υποδηλώνει περιφερειακή οζώδη εξάπλωση, ενώ το N1-N3 υποδεικνύει κάποιο βαθμό οζώδους εξάπλωσης, με προοδευτικά απομακρυσμένη εξάπλωση από N1 σε N3.

- M (Metastasis) - Μετάσταση. Χρησιμοποιείται για την ταυτοποίηση της παρουσίας μακρινών μεταστάσεων του πρωτογενούς όγκου. Ένας όγκος ταξινομείται ως M0 εάν δεν υπάρχει απομακρυσμένη μετάσταση και M1 εάν υπάρχουν ενδείξεις μακρινής μετάστασης (Recio-Boiles et al., 2020).

Πίνακας 3. Σταδιοποίηση κατά TNM

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tx: πρωτοπαθής όγκος δεν προσδιορίζεται (primary tumor cannot be assessed) • T0: καμία ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου (no evidence of primary tumor) • Tis: πρωτοπαθής όγκος in situ • T1: διηθείται ο υποβλεννογόνιος χιτώνας • T2: διηθείται ο μυϊκός χιτώνας • T3: διηθείται ο ορογόνος χιτώνας και/ή ο περικολικός και περιορθικός ιστός • T4: άμεση διήθηση άλλων οργάνων και/ή του σπλαγχνικού περιτοναίου |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nx: περιοχικοί λεμφαδένες δεν αξιολογούνται (regional lymph nodes cannot be evaluated) • N0: όχι διήθηση περιοχικών λεμφαδένων (no invasion of regional lymph nodes) • N1: 1-3 λεμφαδένες θετικοί (περικολικοί ή περιορθικοί) • N2: περισσότεροι από 4 λεμφαδένες θετικοί (περικολικοί ή περιορθικοί) • N3: μετάσταση σε οποιονδήποτε λεμφαδένα κατά μήκος ενός μείζονος αγγειακού στελέχους |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mx: απομακρυσμένες μεταστάσεις δεν προσδιορίζονται (cannot be determined) • M0: όχι απομακρυσμένες μεταστάσεις και/ή υπολειμματικός όγκος (no distant metastases) • M1: απομακρυσμένες μεταστάσεις και/ή υπολειπόμενος όγκος |



9.Θεραπεία

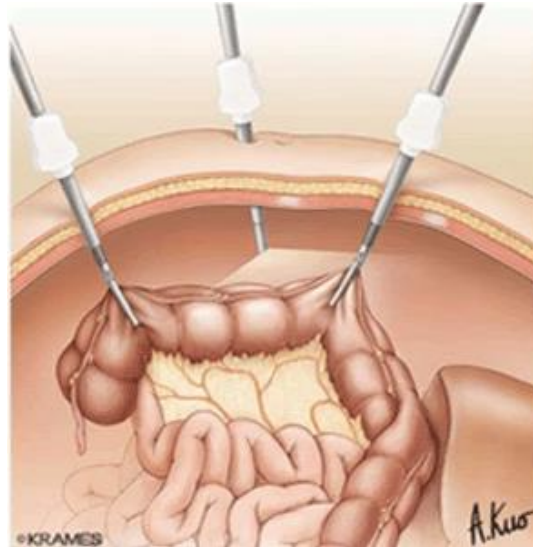
9.1. Χειρουργική θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου στοχεύει στην ίαση, στην παράταση της ζωής και στη βελτίωση της ποιότητάς της για τον ασθενή. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου παχέος εντέρου διαφοροποιείται ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι – κατά βάση – χειρουργική. Αρχικά, απαιτείται χειρουργική αξιολόγηση της εγχειρησιμότητας του νεοπλασματος. Ακόμα και εάν το νεόπλασμα κριθεί ως ανεγχείρητο, πρέπει να αφαιρείται, λόγω των κινδύνων της αιμορραγίας και της απόφραξης (Μπονάτσος και συν., 2014).

- Στο στάδιο I, η χειρουργική θεραπεία ως μονοθεραπεία είναι απολύτως επαρκής.
- Στο στάδιο II εφαρμόζεται μετεγχειρητική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία υπό προϋποθέσεις.
- Στο στάδιο III εφαρμόζεται συνδυασμένη μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία σε διάφορα σχήματα, ανάλογα με το ογκολογικό κέντρο. Η θεραπευτική αντιμετώπιση ενός ασθενούς με απομακρυσμένες μεταστάσεις περιλαμβάνει την πραγματοποίηση μίας τμηματοεκτομής στο παχύ έντερο σε συνδυασμό με μετεγχειρητική χημειοθεραπεία και – πιθανώς – ακτινοθεραπεία (Longo & Fautsi, 2013).

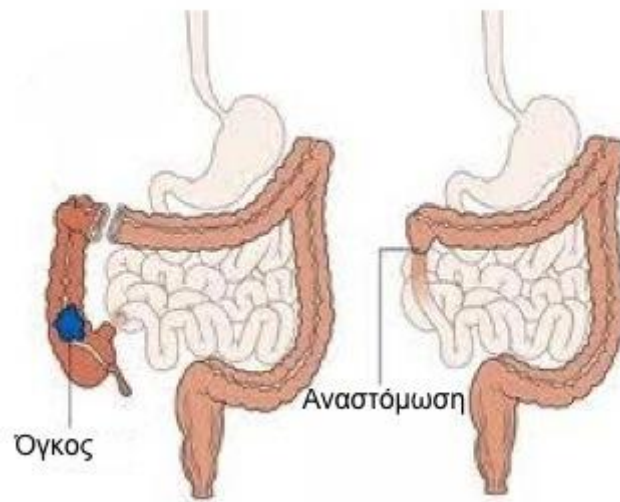
Η χειρουργική θεραπεία προσπαθεί να απομακρύνει τα καρκινικά κύτταρα από το σώμα αφαιρώντας τον όγκο και όλους τους γύρω ιστούς που ενδεχόμενα περιέχουν καρκινικά κύτταρα. Η μέθοδος αυτή είναι πιο αποτελεσματική όταν ο καρκίνος είναι μικρός και τοπικός. Η χειρουργική θεραπεία συνίσταται στην αφαίρεση του τμήματος του εντέρου που περιέχει τον όγκο μαζί με τους λεμφαδένες και στη συνέχεια στην αποκατάσταση της συνέχειας του εντερικού σωλήνα με λαπαροτομία ή λαπαροσκοπικά. Ο πρωτογενής όγκος πρέπει να αφαιρεθεί σε υγιή όρια. Πρέπει να λαμβάνονται προφυλάξεις για να αποφεύγεται η ενδοεγχειρητική διασπορά των καρκινικών κυττάρων. Είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί επαρκής κυκλοφορία του αίματος, τα άκρα του εντέρου που έχουν

προγραμματίζεται για αναστόμωση (ή στομία). Ανάλογα με τον εντοπισμό του όγκου, πραγματοποιείται δεξιά κολεκτομή, αριστερή κολεκτομή, εγκάρσια κολεκτομή ή ορθο-σιγμοειδεκτομή (Longo & Fautsi, 2013).

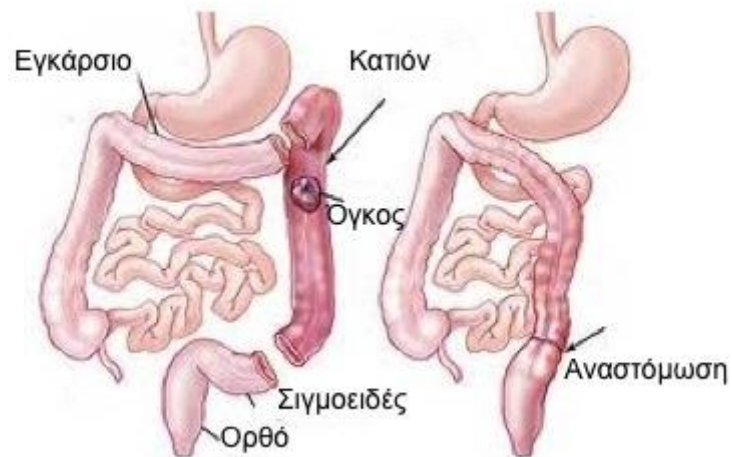


Εικόνα 5 .Λαπαροσκοπική κολεκτομή

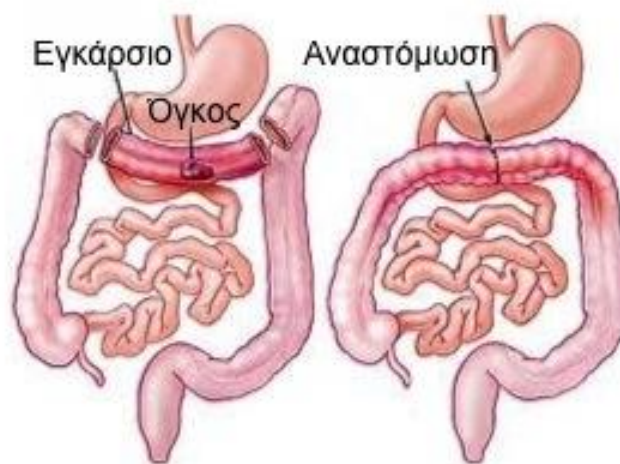
Κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, απαιτείται σχολαστικός έλεγχος της κοιλίας (ιδιαίτερος του ήπατος) για την παρουσία μεταστατικών εστιών. Στις κολεκτομές πρέπει να αποφεύγεται ή να περιορίζεται η πιθανότητα διασποράς νεοπλασματικών κυττάρων και να συναφαιρείται ο μεσεντερικός μίσχος με τους αντίστοιχους λεμφαδένες. Εφόσον το εγχειρητικό όριο διατομής του παχέος εντέρου βρίσκεται κοντά στο νεόπλασμα (κυρίως στις χαμηλές πρόσθιες εκτομές), ανακύπτει πρόβλημα στην προσπάθεια διατήρησης του σφιγκτήρος. Επιβάλλεται το πλησιέστερο προς το νεόπλασμα εγχειρητικό όριο να απέχει τουλάχιστον 5 cm από το μακροσκοπικώς ορατό άκρο του νεοπλάσματος (Μπονάτσος και συν., 2014).



Εικόνα 6. Δεξιά κολεκτομή και αναστόμωση



Εικόνα 7. Αριστερή κολεκτομή και αναστόμωση



9.2.Χημειοθεραπεία

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί με χημειοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, ή βιοθεραπεία. Στη χημειοθεραπεία χρησιμοποιούνται κυτταροτοξικά φάρμακα για τη θεραπεία κάποιων μορφών καρκίνου. Στόχος είναι να μειωθεί το μέγεθος του όγκου, λειτουργώντας συμπληρωματικά στη χειρουργική θεραπεία ή την ακτινοθεραπεία, ή η πρόληψη της εμφάνισης μεταστάσεων και η αντιμετώπιση γνωστών μεταστατικών εστιών. Η χημειοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί με τη βιοθεραπεία. Όλα τα χημειοθεραπευτικά σχήματα έχουν παρενέργειες ή τοξικές δράσεις. Το είδος και η βαρύτητα των παρενεργειών εξαρτώνται από τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα (Longo & Fautsi, 2013).

Η τρέχουσα χημειοθεραπεία περιλαμβάνει σχήματα μονοθεραπείας, τα οποία βασίζονται κυρίως στη φθοροπυριμιδίνη (5-FU) και σχήματα πολλαπλών παραγόντων που περιέχουν ένα ή περισσότερα φάρμακα, όπως οξαλιπλατίνη (OX), ιρινοτεκάνη (IRI) και καπεσιταβίνη (CAP ή XELODA ή XEL). Παρόλο που οι μελέτες υποστηρίζουν ότι η θεραπεία με έναν παράγοντα πρώτης γραμμής δεν είναι κατώτερη από τα συνδυασμένα σχήματα ως προς τη συνολική επιβίωση, τα συνδυασμένα σχήματα θεραπείας FOLFOX (5-FU + OX), FOXFIRI (5-FU + IRI), XELOX, CAPOX (CAP + OX) και CAPIRI (CAP + OX) παραμένουν οι κύριες προσεγγίσεις στη θεραπεία πρώτης γραμμής. Κατά την επιλογή πρόσθετων παραγόντων, η αποτελεσματικότητα φαίνεται να είναι παρόμοια και μόνο οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των διαφορετικών θεραπειών (Xie et al., 2020).

9.3.Στοχευμένη θεραπεία

Η ιδέα της μοριακής στοχευμένης θεραπείας έχει σχετικά μακρά ιστορία. Η έννοια μιας χημικής ουσίας που στοχεύει ειδικά στον μικροοργανισμό προτάθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του 1900 και επεκτάθηκε στη θεραπεία του καρκίνου το 1988, και αυτή η ιδέα ανανεώθηκε και έχει αναπτυχθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Το

μικροπεριβάλλον του όγκου, συμπεριλαμβανομένων των τοπικών αιμοφόρων αγγείων και των ανοσοκυττάρων, μπορεί επίσης να μεταβληθεί από στοχευμένα φάρμακα για να εμποδίσει την ανάπτυξη του όγκου και να επιβάλει ισχυρότερη ανοσολογική παρακολούθηση και επίθεση. Μικρά μόρια, όπως τα μονοκλωνικά αντισώματα, είναι σημαντικοί παράγοντες στις στοχευμένες θεραπείες. Εκτός αυτού, ορισμένα μονοκλωνικά αντισώματα δρουν σε κύτταρα άλλων καρκινικών κυττάρων, όπως τα ανοσοκύτταρα, τα οποία βοηθούν στον χειρισμό του ανοσοποιητικού συστήματος για την επίθεση του στον καρκίνο του ανθρώπου (Xie et al., 2020).

9.4.Νεοεπικουρική (neoadjuvant) θεραπεία

Ο όρος νεοεπικουρική (neoadjuvant) θεραπεία χρησιμοποιείται για να ορίσει την θεραπεία η οποία γίνεται πριν την χειρουργική αφαίρεση ενός όγκου με κύριο στόχο (αλλά όχι μοναδικό) την μετατροπή ενός ανεγχείρητου ή οριακά χειρουργήσιμου νεοπλάσματος σε χειρουργήσιμο καθώς και την μετατροπή μιας χειρουργικής εκτομής σε λιγότερο ακρωτηριαστική. Η νεοεπικουρική θεραπεία μπορεί να συνίσταται στη χορήγηση μόνο ακτινοθεραπείας ή μόνο χημειοθεραπείας ή συνδυασμού των δύο αυτών μεθόδων (Ζουμπλιός, 2012).

9.5.Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία μαζί με την χειρουργική και την χημειοθεραπεία αποτελεί σήμερα ένα από τους βασικότερους και αποτελεσματικότερους τρόπους αντιμετώπισης των κακοηθών νεοπλασιών. Είναι η χρήση στην ουσία υψηλής ενέργειας ιονίζουσας ακτινοβολίας για τη θεραπεία του καρκίνου. Η ακτινοθεραπεία χορηγείται σαν μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με την χημειοθεραπεία και την χειρουργική, είτε προεγχειρητικά για να εμποδίσει την μετάσταση και να βοηθήσει την χειρουργική αφαίρεση, είτε μετεγχειρητικά όταν αφαιρείται η πρωτοπαθής εστία αλλά μένουν τα λεμφογάγγλια (Häfner & Debus, 2016).

Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας ποικίλλουν. Οι περισσότερες είναι προσωρινές και εξαφανίζονται λίγες εβδομάδες ή μήνες μετά τη θεραπεία. Η ακτινοθεραπεία για καρκίνο του παχέος εντέρου χορηγείται συνήθως πάνω από την πυελική περιοχή, με συνέπεια τον ερεθισμό του εντέρου και της ουροδόχου κύστης.

Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν αίσθημα κόπωσης, συχνουρία και κάψιμο κατά την ούρηση (κυστίτιδα), ερυθρότητα και πόνο στην περιοχή θεραπείας, διάρροια, δυσκοιλιότητα ή και ακράτεια κοπράνων. Μπορεί επίσης να επηρεάσει τη γονιμότητα και τη σεξουαλική λειτουργία (Longo & Fautsi, 2013).

10.Κολοστομία

Σε κάποιες περιπτώσεις που ο ασθενής κάνει χειρουργική εκτομή του εντέρου είναι πολύ πιθανό να συνοδευτεί και από κάποια κολοστομία με απώτερο στόχο την εκτροπή του εντερικού περιεχομένου. Πριν αναφερθεί κάτι περαιτέρω, είναι απαραίτητο να αναλυθεί η κολοστομία. Πρόκειται για το άνοιγμα εκείνο που γίνεται στο παχύ έντερο μέσω του οποίου ο αυλός του παχέος εντέρου επικοινωνεί με το δέρμα (Vonk-Klaassen et al., 2016).



Εικόνα 9.Κολοστομία

Κατά την επέμβαση αυτή, δημιουργείται μια τομή στο κοιλιακό τοίχωμα και το έντερο φέρεται προς τα έξω προκειμένου να μπορεί να παροχεύει το κοπρανώδες περιεχόμενο. Ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς, μπορεί να γίνει είτε προσωρινή κολοστομία είτε μόνιμη κολοστομία. Στην πρώτη περίπτωση, ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί για δεύτερη φορά σε χειρουργική επέμβαση προκειμένου να

επιτευχθεί η αναστόμωση των δύο άκρων του εντέρου. Όπως και να χει, μετά τη χειρουργική επέμβαση, οι ασθενείς αναμένεται να επιτύχουν αποτελεσματικά φυσιολογικές λειτουργίες που το σώμα τους χρησιμοποιούσε για να λειτουργεί αυτόνομα. Η παρέμβαση με την κολοστομία έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της αντοχής του ασθενούς (Ishiguro et al., 2017).

10.1.Τύποι Στομιών

Διακρίνονται 3 κύριες κατηγορίες στομιών. Αυτές είναι οι εξής:

- **Κολοστομία Αγκύλης.** Η κολοστομία αγκύλης είναι μια απλή εγχείρηση όπου το τμήμα του παχέος εντέρου (τις περισσότερες φορές το εγκάρσιο και το σιγμοειδές), εξωτερικεύεται μέσω μιας μικρής τομής στο κοιλιακό τοίχωμα. Πιο απλά, μια αγκύλη στο έντερο φέρεται μέσω μια κοιλιακής τομής προς την επιφάνεια του σώματος. Μετά από ένα διάστημα 2 ημερών η κολοστομία ανοίγεται. Όταν ανοιχθεί το τοίχωμα του εντέρου (στομία), το κοπρανώδες περιεχόμενο περνάει μέσω του ανοίγματος (στόμα) στην αγκύλη του εντέρου. Ο ειδικός συλλέκτης των κοπράνων συνίσταται να έχει ετοιμαστεί πριν ανοιχτεί το έντερο προκειμένου να επιτευχθεί η τοποθέτησή του ακριβώς μετά την δημιουργία του στόματος. Ο συλλέκτης των κοπράνων πρέπει να εφαρμόζει πάνω από τη στομία. Αφού περάσει μια εβδομάδα, αφαιρείται η γέφυρα, εφόσον η στομία έχει σταθεροποιηθεί στο κοιλιακό τοίχωμα (Μπονάτσος και συν., 2012).
- **Κολοστομία (Διπλής Εκστόμωσης).** Στην περίπτωση της κολοστομίας διακρίνονται 2 διαφορετικά στόμια. Σε αυτή την κατηγορία, η αγκύλη του εντέρου διαχωρίζεται πλήρως και δημιουργούνται ένα εγγύς στόμιο το οποίο τοποθετείται πολύ κοντά στο λεπτό έντερο, και ένα άπω στόμιο το οποίο οδηγεί στο ορθό και είναι απαραίτητο να παροχετεύεται μόνο μικρές ποσότητες βλέννης. Η απόσταση μεταξύ των στομιών διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Αν τοποθετούνται σε μικρή απόσταση μεταξύ τους κρίνεται αρκετά δύσκολο να υπάρχει αρκετή επιφάνεια γύρω από το κάθε ένα για να εφαρμοστεί ο συλλέκτης. Κάποια στιγμή τα δύο άκρα μπορεί να επανενωθούν (Μπονάτσος και συν., 2011).
- **Τελική κολοστομία.** Σε αυτή την κατηγορία τοποθετείται μονάχα ένα στόμιο το οποίο βρίσκεται στο κατώτερο τεταρτημόριο της κοιλιάς και αποτελεί το εγγύς άκρο του σιγμοειδούς. Το άκρο αυτό φέρεται στο κοιλιακό τοίχωμα, υφίσταται μια περιέλιξη γύρω από τον εαυτό του και τελικά συρράπτεται στο δέρμα,

δημιουργώντας τη λεγόμενη ώριμη χειρουργική στομία. Σε περίπτωση που η κολοστομία που τοποθετείται είναι προσωρινή, το τμήμα του εντέρου και του ορθού που απομένουν, δεν επηρεάζονται. Από την άλλη, σε περίπτωση που ο ασθενής έχει μια μόνιμη κολοστομία, είναι δυνατό να γίνει εφαρμογή της κοιλιοπερινεϊκής προσπέλασης με στόχο να απομακρυνθεί το υπόλοιπο παχύ έντερο του ορθού και του πρωκτού (Μπονάτσος και συν., 2012).

10.2.Θέσεις κολοστομίας

Στην περίπτωση της ανιούσας κολοστομίας είτε το ένα άκρο είτε μια αγκύλη του τμήματος του ανιόντος κόλου φέρεται προς την επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος για να σχηματίσει ένα στόμιο. Τα κόπρανα από μια τέτοια κολοστομία συνήθως φαίνονται πιο υδαρή και δυστυχώς προκαλούν ποικίλα προβλήματα. Γι αυτόν ακριβώς το λόγο τις περισσότερες φορές δεν είναι μόνιμη και γίνεται με στόχο να μπορέσει το έντερο περιφερικά της στομίας να ηρεμήσει και να επουλωθεί. Αφού γίνει αυτό, η χειρουργική ομάδα προχωρά σε αποκατάσταση και επανένωση των δύο άκρων, με αποτέλεσμα τα κόπρανα να μπορούν να αποβάλλονται με τρόπο φυσιολογικό. Από την άλλη, η εγκάρσια κολοστομία τις περισσότερες φορές γίνεται στο κέντρο της κοιλιακής χώρας, όπου μπορεί να εντοπιστεί το εγκάρσιο κόλον. Όπως και η ανιούσα κολοστομία, έτσι και η εγκάρσια κολοστομία είναι προσωρινή και τα κόπρανα είναι υδαρή. Ωστόσο, αποβάλλονται απρόβλεπτα (Μπονάτσος και συν., 2012).

Η κατιούσα κολοστομία στο σιγμοειδές κόλον μπορεί να εντοπιστεί στο κατώτερο τμήμα του κοιλιακού τοιχώματος. Η κατιούσα κολοστομία είναι μια από τις μόνιμες κολοστομίες και γίνεται με στόχο να θεραπευτεί ο καρκίνος του ορθού. Σε αυτή την περίπτωση, τα κόπρανα του ασθενούς έχουν πιο σταθερή δομή και είναι καλύτερα σχηματισμένα. Επίσης, η αποβολή τους είναι πιο εύκολο να ελεγχθεί από τους ασθενείς. Το πιο συνηθισμένο είναι ο ασθενής να αποβάλλει κόπρανα μια φορά την ημέρα ή κάθε δύο μέρες (Μπονάτσος και συν., 2012).

11.Επιπλοκές του καρκίνου του παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί προφανώς να βλάψει την ποιότητα ζωής μέσω, για παράδειγμα, άμεσων συνεπειών της νόσου, όπως κοιλιακός πόνος,

αλλαγή στις κινήσεις του εντέρου, απώλεια αίματος και αναιμία, κόπωση και απώλεια βάρους. Επιπλέον, η θεραπεία επιβαρύνει την ποιότητα ζωής με τη χειρουργική επέμβαση, τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία. Κάθε θεραπευτική επιλογή μπορεί να σχετίζεται με περαιτέρω συγκεκριμένες ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές. Μία από τις πιο σοβαρές χειρουργικές επιπλοκές είναι η ρήξη της εντερικής αναστόμωσης. Αυτό το συμβάν συνήθως απαιτεί περαιτέρω χειρουργική ή ακτινολογική παρέμβαση και σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και επιμήκυνση της παραμονής στο νοσοκομείο και της θνησιμότητας. Άλλες πιο συχνές επιπλοκές της χειρουργικής επέμβασης είναι η έλλειψη τραύματος (ρήξη του τραύματος κατά μήκος ενός χειρουργικού ράμματος) και η κήλη (Sogaard et al., 2013).

Η θεραπεία για καρκίνο του ορθού συνδέεται συχνά με μακροχρόνιες επιπλοκές. Αυτά περιλαμβάνουν την ακράτεια κοπράνων και αυξημένο αριθμό κενώσεων. Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές, όπως η στυτική δυσλειτουργία στους άνδρες και η δυσπραγία στις γυναίκες. Η μεταστατική νόσος μπορεί να προκαλέσει μια σειρά από πρόσθετα συμπτώματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, όπως καχεξία, απώλεια όρεξης, αναιμία, ηπατική ανεπάρκεια, απόφραξη των χοληφόρων και εξασθενημένη πνευμονική λειτουργία (Longo & Fautsi, 2013).

12.Διασπορά - μετάσταση

Η επέκταση του καρκινώματος του παχέος εντέρου γίνεται με τους εξής τρόπους:

- Κατά συνέχεια ιστού (διήθηση του πάχους του τοιχώματος του εντέρου, του πέριξ συνδετικού ιστού και των πέριξ οργάνων).
- Με μετάσταση λεμφογενώς στους επιχώριους λεμφαδένες και αιματογενώς στο ήπαρ δια της πυλαίας φλέβας (Vatandoust et al., 2015).

Η επέκταση κατά συνέχεια ιστού σε γειτονικούς ιστούς ή όργανα προϋποθέτει τη διήθηση από τον όγκο όλων των χιτώνων του εντερικού τοιχώματος μέχρι και του ορογόνου. Έτσι όλα τα ενδοπεριτοναϊκά και οπισθοπεριτοναϊκά όργανα καθώς και τα όργανα της ελάσσονος πυέλου είναι δυνατό να διηθηθούν από τον καρκίνο του

παχέος εντέρου. Η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων είναι ο συχνότερος τρόπος μετάστασης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Όταν η καρκινική διήθηση έχει ξεπεράσει τα όρια του εντερικού τοιχώματος, τότε οι επιχώριοι αδένες είναι διηθημένοι σε ποσοστό 90%, ενώ όταν περιορίζεται μόνο στο εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό αυτό είναι περίπου 45%. Αιματογενείς μεταστάσεις συμβαίνουν όταν ο όγκος διηθήσει τις φλέβες του μεσόκολου. Οι πιο συχνές εντοπίσεις συμβαίνουν στο ήπαρ μέσω της πυλαίας φλέβας. Άλλες λιγότερο συχνές εντοπίσεις γίνονται στους πνεύμονες και στα οστά. Τα καρκινικά κύτταρα φτάνουν εκεί είτε αφού διέλθουν δια του ήπατος είτε δια της κάτω κοίλης φλέβας μετά από διήθηση των οσφυϊκών, σπονδυλικών ή άλλων συστηματικών φλεβών. Η διήθηση του τοιχώματος των φλεβών παρατηρείται σε ποσοστό 15%-35% των περιπτώσεων, άσχετα αν έχουν εμφανιστεί ή όχι απομεμακρυσμένες μεταστάσεις (Longo & Fautsi, 2013).

13.Πρόγνωση

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι διαφορετική σε κάθε περίπτωση και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες οι οποίοι αντλούνται από την κλινική εικόνα της νόσου, την αναλυτική προεγχειρητική εξέταση, το λεπτομερές ιστολογικό πόρισμα, τη σωστή χειρουργική αντιμετώπιση, την προγραμματισμένη μετεγχειρητική παρακολούθηση και την ανάλογη συμπληρωματική μετεγχειρητική θεραπεία. Συμπερασματικά, για την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος, απαιτείται το τρίπτυχο έγκαιρη διάγνωση, επακριβής αξιολόγηση της κακοήθειας και σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση (Longo & Fautsi, 2013). Οι συνηθέστεροι προγνωστικοί δείκτες είναι:

- *Ηλικία.* Άτομα πολύ μικρής ή πολύ μεγάλης ηλικίας έχουν συνήθως κακή πρόγνωση. Η αρχική άποψη ότι η νόσος στις μικρότερες ηλικίες είναι πιο επιθετική φαίνεται, από νέες έρευνες, ότι δεν ευσταθεί. Εντάχτηκαν 960 ασθενείς σε 3 ομάδες ηλικιών, στη νεανική (<25), παραγωγική (25-65), συνταξιοδοτική (>65). Σχεδόν όλοι οι προγνωστικοί παράγοντες

συμπεριφέρθηκαν δυσμενέστερα στην παραγωγική, η δε επιβίωση και στη συνταξιοδοτική.

- *Φύλο.* Η πρόγνωση συνήθως είναι καλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες.
- *Εντόπιση.* Ο καρκίνος έχει καλύτερη πρόγνωση όταν εντοπίζεται στο αριστερό κόλο, σε αντίθεση με το σιγμοειδές και τον πρωκτό όπου έχουμε χειρότερη πρόγνωση.
- *Σταδιοποίηση.* Αποτελεί την πλέον αξιόπιστη πρόβλεψη για την εξέλιξη του ασθενούς και αυτή γίνεται αξιολογώντας τρεις βασικούς παράγοντες, το βάθος διήθησης του εντερικού τοιχώματος, τη προσβολή των γειτονικών λεμφαδένων και την ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η πρόγνωση είναι πολύ καλή όταν ο καρκίνος είναι πολύ μικρός και εντοπίζεται μόνο σε προυπάρχοντα πολύποδα. Αντίθετα, όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει όλο το τοίχωμα του παχέος εντέρου ή έχει δώσει μεταστάσεις σε γειτονικούς λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα όργανα η πρόγνωση είναι κακή (Sleisenger, 2009).

14.Προληπτικός έλεγχος

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου έχει συσχετιστεί έντονα με τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Τις τελευταίες δεκαετίες, αναγνωρίζεται οι παράγοντες κινδύνου και έχουν διατυπωθεί οι σχετικές συστάσεις για την πρόληψη αυτής της νόσου. Τα άτομα με αυξημένο ή υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου μπορεί να χρειαστεί να ξεκινήσουν τον έλεγχο πριν από την ηλικία των 45 ετών. Στις ομάδες με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου περιλαμβάνονται άτομα με:

- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου ή ορισμένους τύπους πολύποδων.
- Ατομικό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου ή ορισμένων τύπων πολύποδων.
- Ατομικό ιστορικό φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (ελκώδης κολίτιδα ή νόσος του Crohn) .

- Οικογενειακό ιστορικό κληρονομικού συνδρόμου καρκίνου του παχέος εντέρου, όπως η οικογενής αδενωματούδης πολυποδίαση ή το σύνδρομο Lynch (Castells & Quintero, 2015).

Οι τρέχουσες μέθοδοι προληπτικού ελέγχου για καρκίνο του παχέος εντέρου χωρίζονται σε επεμβατικές και μη επεμβατικές. Οι μη επεμβατικές εξετάσεις περιλαμβάνουν εξετάσεις κοπράνων και αίματος και ακτινολογικές εξετάσεις. Οι διάφορες εξετάσεις κοπράνων έχουν σαν σκοπό την ανεύρεση αίματος στα κόπρανα. Αυτές οι δοκιμές βασίζονται στην ανίχνευση αίματος ή τεμαχισμένων κυτταρικών υπολειμμάτων από αγγειωμένους πολύποδες, αδενώματα και καρκίνους. Ο έλεγχος κοπράνων για λανθάνουσα απώλεια αίματος γίνεται για την ανίχνευση αίματος στα κόπρανα, σε άτομα με διαλείπουσα απώλεια αίματος (Issa & Nouredine, 2017).

Οι ακτινολογικές εξετάσεις περιλαμβάνουν ενδοσκόπηση με τη χρήση κάψουλας και υπολογιστική τομογραφία. Η πρόσφατα εξελιγμένη εξέταση αίματος (Epi procolon®) είναι μια ποιοτική *in vitro* διαγνωστική αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) για την ανίχνευση μεταλλαγμένου μεθυλιωμένου septin9 DNA που προέρχεται από δείγματα ολικού αίματος ασθενούς. Το μεθυλιωμένο SEPT9 έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι επεμβατικές δοκιμές περιλαμβάνουν την εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση και την κολονοσκόπηση, που προσφέρουν άμεση οπτικοποίηση και ανίχνευση της νεοπλασίας, με το πλεονέκτημα της λήψης ενός δείγματος για ιστολογική εξέταση (Issa & Nouredine, 2017).

Η κολοσκόπηση αποτελεί τη βασική εξέταση στον προληπτικό έλεγχο του πληθυσμού. Η εξέταση αυτή μπορεί να συνδυάσει την ευρεία διαθεσιμότητα με την εξέταση ολόκληρου του παχέος εντέρου, την διάγνωση και θεραπεία σε μια συνεδρία. Οι τρέχουσες συστάσεις προτείνουν την εξέταση αυτή ανά δέκα έτη, αρχίζοντας από την ηλικία των 50 ετών. Το χρονικό διάστημα των 10 ετών που μεσολαβεί μέχρι την επανεξέταση για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, κρίνεται ασφαλές (Castells & Quintero, 2015).

ΜΕΡΟΣ 3^ο

Νοσηλευτικό μέρος

1.Νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου

1.1.Λήψη ιστορικού

Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνάντησης ο υπεύθυνος νοσηλευτής-τρια συγκεντρώνει όλα τα απαραίτητα στοιχεία που έχουν σχέση με τον ασθενή και τις διαδικασίες νοσηλείας:

- Προσωπικά δεδομένα: Όνομα, ηλικία, φυλή, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, θρησκεία και εθνικότητα.
- Παρούσα κατάσταση υγείας: Άσκηση και δραστηριότητες αναψυχής, ύπνος, σεξουαλικότητα, διαίτα, νικοτίνη, αλκοόλ, χρήση απαγορευμένων ουσιών ή ναρκωτικών, περιβαλλοντικοί και χημικοί κίνδυνοι: σπίτι, σχολείο, εργασιακό περιβάλλον και περιβάλλον αναψυχής.
- Ιστορικό παρούσας νόσου: Εντόπιση, ποιότητα ή χαρακτήρας, χρόνος (έναρξη, διάρκεια, συχνότητα), συνθήκες, παράγοντες που συντελούν στην επιδείνωση ή στην ανακούφιση, σχετιζόμενοι παράγοντες αντίληψη του ασθενούς σχετικά με την έννοια του συμπτώματος.
- Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό: Λοιμώδη νοσήματα, χρόνια νοσήματα και συστηματικές διαταραχές, τραυματισμοί κατά την ενηλικίωση,

ατυχήματα, νοσηλείες, χειρουργικές επεμβάσεις, μεταγγίσεις αίματος, αλλεργίες.

- Οικογενειακό ιστορικό: Πληροφορίες σχετικά με την ηλικία και την κατάσταση της υγείας των μελών της οικογένειας μπορούν να παρουσιάζονται με αφηγηματικό τρόπο ή με τη μορφή γενεαλογικού διαγράμματος: ηλικία, υγεία ή θάνατος των γονέων, αδελφών, συζύγου, παιδιών (Lemone & Burke, 2014).

1.2. Φυσική εξέταση

Η φυσική εξέταση περιγράφεται ως η διαδικασία συλλογής αντικειμενικών δεδομένων που αναδεικνύονται από την εξέταση του σώματος. Η εξέταση περιλαμβάνει επισκόπηση, επίκρουση, ψηλάφηση, ακρόαση. Η αξιολόγηση του ασθενούς ξεκινά με την αξιολόγηση της γενικής εμφάνισης του ασθενούς. Οι πληροφορίες αξιολόγησης περιλαμβάνουν:

- Αεραγωγός και αναπνοή: αναπνευστικός ρυθμός, βάθος αναπνοής και αναπνευστικό έργο, απαιτήσεις σε οξυγόνο.
- Κυκλοφορικό: σφύξεις περιφερικές και κεντρικές, χρώμα δέρματος και βλεννογόνων.
- Παρατήρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης του πόνου με χρήση κλιμάκων πόνου.
- Ενυδάτωση και διατροφή: διατροφικές συνήθειες, επίπεδο όρεξης, αξιολόγηση της ρουτίνας του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών, επίπεδα σακχάρου στο αίμα.
- Ευεξία: Αξιολόγηση διάθεσης, συνήθειες ύπνου συναισθηματική κατάσταση, αντίδραση στην εισαγωγή και ψυχοκοινωνικές αξιολογήσεις (Bickley et al., 2013).

2.Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου

Η προεγχειρητική προετοιμασία συνιστά πρωταρχικής σημασίας διαδικασία, αφού αποσκοπεί να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής είναι επαρκώς προετοιμασμένος για την χορήγηση της αναισθησίας και την διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης σε επαρκώς ασφαλείς συνθήκες (Graham, 2014). Η περιεγχειρητική αντιμετώπιση

ασθενών που υποβάλλονται σε κολεκτομή για καρκίνο του παχέος εντέρου έχει υποστεί σημαντική αλλαγή τα τελευταία 20 χρόνια. Στη σύγχρονη εποχή οι ασθενείς που υποβάλλονται σε κολεκτομή μπορούν να εισαχθούν στο νοσοκομείο την προηγούμενη της επέμβασης ημέρα και να λάβουν εξιτήριο 1-2 ημέρες μετά την επέμβαση με κίνδυνο θνησιμότητας 30 ημερών 1-1,5% (Kearney et al., 2019).

2.1.Εκπαίδευση και συμβουλευτική ασθενών

Η εκπαίδευση και η πληροφόρηση των ασθενών αποτελούν βασικές πρακτικές στην προεγχειρητική ετοιμασία σε επεμβάσεις του παχέος εντέρου. Οι νοσηλευτές παρέχουν λεπτομερή εκπαίδευση σχετικά με το τι πρέπει να περιμένει ο ασθενής κατά την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φάση της επέμβασης. Περιγράφονται οι βασικοί μετεγχειρητικοί στόχοι που αναμένεται να επιτύχουν οι ασθενείς, καθώς και κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για την έξοδο από το νοσοκομείο (Ayyadhah, 2014).

2.2.Προεγχειρητική συγκατάθεση

Πριν από τη χειρουργική επέμβαση, είναι ευθύνη του ιατρού να εξασφαλίσει εθελοντική, γραπτή, ενημερωμένη συναίνεση από τον ασθενή. Η συγκατάθεση έχει δύο σκοπούς: προστατεύει τον ασθενή από μη εγκεκριμένες διαδικασίες και προστατεύει το γιατρό, τον αναισθησιολόγο, το νοσοκομείο, και το νοσηλευτικό προσωπικό από απαιτήσεις από μη εξουσιοδοτημένες διαδικασίες (Carpenito, 2013).

2.3.Αντιμετώπιση τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου

Η βελτιστοποίηση ορισμένων προεγχειρητικών παραγόντων κινδύνου έχει αποδειχθεί ότι έχει θετικό αντίκτυπο στην έκβαση του ασθενούς. Υπάρχουν πολυάριθμα προεγχειρητικά εργαλεία αξιολόγησης. Η αντιμετώπιση συγκεκριμένων τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η αναιμία και η διατροφή έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τα αποτελέσματα των ασθενών και πρέπει να αναζητηθούν κατά την προεγχειρητική ετοιμασία (Kearney et al., 2019).

Το κάπνισμα είναι ένας αποδεδειγμένος παράγοντας κινδύνου για μετεγχειρητικές επιπλοκές, ιδίως επιπλοκές που σχετίζονται την επούλωση και τη αναπνευστική λειτουργία. Καθώς οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου δεν

έχουν την πολυτέλεια να αναβάλουν τη χειρουργική επέμβαση για περισσότερο από μερικές εβδομάδες, η επίδραση της διακοπής του καπνίσματος είναι περιορισμένη. Το ελάχιστο επίπεδο διακοπής του καπνίσματος που απαιτείται για τη μείωση των επιπλοκών φαίνεται να είναι 4-8 εβδομάδες (Wong et al., 2012).

Η κατάχρηση αλκοόλ έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τη μετεγχειρητική νοσηρότητα, ιδίως τις μετεγχειρητικές. Παρόλο που συνιστάται η αποχή για τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες, ακόμη και η αποχή για μικρότερες περιόδους θα βοηθήσει στην περιεγχειρητική φάση, ιδιαίτερα για ασθενείς που είναι επιρρεπείς στην κατανάλωση αλκοόλ (Kearney et al., 2019).

2.4.Αναιμία

Ένας άλλος συγκεκριμένος τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου που πρέπει να αντιμετωπιστεί κατά την προεγχειρητική επίσκεψη είναι η αναιμία. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τον καρκίνο παχέος εντέρου, καθώς η αναιμία είναι συχνή και μπορεί να είναι το μοναδικό σύμπτωμα που παρουσιάζει ο ασθενής. Η θεραπεία με χορήγηση σιδήρου ενδοφλεβίως πρέπει να εφαρμοστεί σε ήπια έως μέτρια αναιμία. Οι σοβαρά αναιμικοί ασθενείς θα επωφεληθούν από τη μετάγγιση συμπτωκνωμένων ερυθρών, πριν τη χειρουργική επέμβαση (Kearney et al., 2019).

2.5.Διατροφική ενίσχυση

Οι ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζονται συχνά μετά από σημαντική απώλεια βάρους και η προεγχειρητική ετοιμασία πρέπει να αντιμετωπίζει αυτή την κατάσταση. Είναι καλά γνωστό ότι ο υποσιτισμός αυξάνει τη μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Τα συμπληρώματα διατροφής από το στόμα υψηλής θερμιδικής αξίας είναι συνήθως επαρκή για τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης βραχυπρόθεσμα πριν από τη χειρουργική επέμβαση (Carpenito, 2013).

2.6.Πρόληψη μετεγχειρητικής ναυτίας & εμέτου

Ένα από τα πιο εξουθενωτικά συμπτώματα για ασθενείς που υποβάλλονται σε εκτομή του παχέος εντέρου είναι η μετεγχειρητική ναυτία και έμετος. Επηρεάζει το 30-50% όλων των χειρουργικών ασθενών και είναι η κύρια αιτία δυσαρέσκειας των ασθενών. Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ναυτίας και εμέτου είναι το ιστορικό σε προηγούμενες επεμβάσεις, το γυναικείο φύλο, οι πτητικοί αναισθητικοί παράγοντες και τα υψηλά επίπεδα ενδοεγχειρητικής χορήγησης οπιοειδών. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές κατηγορίες αντιεμετικών φαρμάκων πρώτης γραμμής, συμπεριλαμβανομένων ανταγωνιστών D2, ανταγωνιστών 5HT3 και κορτικοστεροειδών. Η χρήση ενός θεραπευτικού σχήματος για μετεγχειρητική ναυτία και έμετο έχει περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας σε σύγκριση με τη χρήση ενός παράγοντα (Carpenito, 2013).

2.7.Προφυλακτικά αντιβιοτικά και προετοιμασία δέρματος

Τα προεγχειρητικά ενδοφλέβια αντιβιοτικά που χορηγούνται εντός 60 λεπτών πριν από την τομή έχουν αποδειχθεί σαφώς ότι μειώνουν σημαντικά τις λοιμώξεις. Το τυπικό σχήμα που χρησιμοποιείται είναι η μετρονιδαζόλη σε συνδυασμό με μια κεφαλοσπορίνη τρίτης γενιάς. Η αντισηψία του δέρματος πραγματοποιείται παραδοσιακά με διαλύματα που περιέχουν ιώδιο. Οι τρίχες που βρίσκονται στο χειρουργικό πεδίο θα πρέπει να κουρεύονται, αντί να ξυρίζονται και αυτό πρέπει να εκτελεστεί λίγο πριν από τη χειρουργική επέμβαση (Carpenito, 2013).

2.8.Μηχανική προετοιμασία του εντέρου

Στους ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβάσεις κοιλίας, πρέπει να εκτελεστεί καθαρισμός υποκλυσμός το βράδυ πριν την επέμβαση ή και το πρωί της ίδιας ημέρας, ανάλογα με την πρακτική της κλινικής. Ο στόχος αυτής της πρακτικής είναι να επιτρέψει την ικανοποιητική απεικόνιση του χειρουργικού πεδίου της κοιλίας με τη χρήση των λαπαροσκοπικών οργάνων και να προληφθεί τραυματισμός του εντέρου κατά τη διάρκεια των χειρισμών της επέμβασης (Graham, 2014).

2.9.Προεγχειρητική νηστεία & διαχείριση υγρών

Ο κύριος σκοπός της μη λήψης τροφής και υγρών πριν από τη χειρουργική επέμβαση είναι η πρόληψη της εισρόφησης. Η λήψη τροφής και υγρών περιορίζονται κατά τη νύχτα πριν από την επέμβαση (O'Connell Smeltzer & Bare, 2013).

2.10.Προεγχειρητική ψυχολογική ετοιμασία

Η χειρουργική επέμβαση προκαλεί στρες στον άρρωστο. Όσο πιο έντονο είναι το στρες, τόσο περισσότερο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τον οργανισμό του αρρώστου πριν, κατά και μετά την επέμβαση. Άλλοι παράγοντες που προκαλούν στρες είναι: η αναισθησία, το άγνωστο περιβάλλον του χειρουργείου, τα οικογενειακά προβλήματα και ο πόνος. Ο νοσηλευτής πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του αρρώστου. Αυτό θα το πετύχει, όταν δίνει λογικές πληροφορίες και εξηγήσεις στον άρρωστο και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές τεχνικές με δεξιότητες και αυτοπεποίθηση (O'Connell Smeltzer & Bare, 2013).

2.11.Μεταφορά του ασθενούς στη χειρουργική αίθουσα

Ο ασθενής μεταφέρεται στην περιοχή του χειρουργείου σε ένα κρεβάτι ή σε ένα φορείο περίπου 30 έως 60 λεπτά πριν από την χορήγηση του αναισθητικού. Ο υπεύθυνος νοσηλευτής υποδέχεται τον ασθενή και ελέγχει τα στοιχεία του. Εφαρμόζοντας τη διαδικασία επαλήθευσης της ταυτότητας του ασθενούς, εξασφαλίζεται η ασφάλεια και επιτρέπεται η έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση σε περίπτωση τυχόν σφάλματα (O'Connell Smeltzer & Bare, 2013).

3.Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φθάνει μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάσταση του. Είναι μια περίοδος παρακολούθησης και φροντίδας που έχει σκοπό:

- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του.
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την πρόληψη κατακλίσεων ή παραμορφώσεων.

- Τη βοήθεια να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του (Dewit, 2013).

3.1.Μετεγχειρητική ανάνηψη- Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας

Η άμεση μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει μόλις ο ασθενής μεταφερθεί από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης. Ο νοσηλευτής-τρια εφαρμόζει τις παρακάτω διεργασίες:

- Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του ασθενούς και την περιοχή της χειρουργικής τομής προκειμένου να προσδιορίσει την αντίδραση του ασθενούς στη χειρουργική επέμβαση και να ανιχνεύσει τυχόν σημαντικές μεταβολές.
- Η συχνή εκτίμηση της διανοητικής λειτουργίας και του επιπέδου συνείδησης του ασθενή αποτελεί ακόμη ένα καθήκον του νοσηλευτή. Ενδέχεται να χρειασθεί επανειλημμένως προσανατολισμό ως προς το χώρο, το χρόνο και τα πρόσωπα.
- Η συναισθηματική υποστήριξη είναι επίσης σημαντική, καθότι ο ασθενής νιώθει ευάλωτος και εξαρτάται πλήρως από άλλους.
- Η εκτίμηση και η αξιολόγηση της ενυδάτωσης με την παρακολούθηση και την καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών είναι ζωτικής σημασίας για την αναγνώριση σημαντικών επιπλοκών από το καρδιαγγειακό σύστημα ή τους νεφρούς.
- Επιπλέον, ο νοσηλευτής της αίθουσας ανάνηψης εκτιμά την ένταση του μετεγχειρητικού πόνου του ασθενούς. Με την προσεκτική χορήγηση αναλγητικών εξασφαλίζονται η ανακούφιση και η άνεση του ασθενούς, χωρίς να επιδεινώνονται οι πιθανές παρενέργειες της αναισθησίας (Lemone & Burke, 2014).

3.2.Επιστροφή του αρρώστου στο νοσηλευτικό τμήμα

Μετά τη σταθεροποίηση και την αφύπνιση του, ο ασθενής μεταφέρεται στον θάλαμο. Ο νοσηλευτής-τρια της αίθουσας ανάνηψης μεταφέρει τις πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και τις μετεγχειρητικές οδηγίες στους νοσηλευτές του ορόφου πριν από την άφιξη του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό ο νοσηλευτής προετοιμάζεται για τυχόν επιπλέον προβλήματα και προμηθεύεται τον απαιτούμενο εξοπλισμό (Osborn et al., 2013).

3.3. Παρακολούθηση και αξιολόγηση

Η άμεση και συνεχής εκτίμηση του ασθενούς είναι βασικής σημασίας για την αναγνώριση ή/και την πρόληψη των επιπλοκών. Για την καταγραφή των ευρημάτων από την εκτίμηση του ασθενούς ο νοσηλευτής συμπληρώνει το ατομικό διάγραμμα στο οποίο περιγράφεται η κατάσταση του. Αξιολογείται η αρχική μετεγχειρητική κατάσταση του (για σύγκριση με τις επόμενες μετρήσεις), και συγκρίνεται με τα αντίστοιχα δεδομένα της προεγχειρητικής περιόδου (Dewit, 2013).

Η συχνότητα με την οποία γίνεται η εκτίμηση του ασθενούς κατά την παρακολούθηση του, καθορίζεται από την πολιτική του νοσοκομείου ή από τις οδηγίες του ιατρού. Μετά από μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, η νοσηλευτική εκτίμηση, γενικά, γίνεται κάθε 15 λεπτά στη διάρκεια της πρώτης ώρας και, αν ο ασθενής είναι σε σταθερή κατάσταση, κάθε 30 λεπτά για τις επόμενες 2 ώρες. Στη συνέχεια, εκτιμάται ανά ώρα κατά τη διάρκεια των επόμενων 4 ωρών και ακολούθως, ανά 4 ώρες. Ο ρυθμός αξιολόγησης του ασθενούς ενδεχομένως να ποικίλλει, ανάλογα με την κατάσταση του και το πρωτόκολλο που ισχύει για το κάθε είδος επέμβασης. Ιδιαίτερη σημασία έχει η άμεση ενημέρωση του χειρουργού αν διαπιστωθεί οποιαδήποτε ένδειξη επικείμενου shock ή οποιασδήποτε άλλης επιπλοκής που είναι επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς (Lemone & Burke, 2014).

Μετά την αρχική εκτίμηση του ασθενούς και τη λήψη μέτρων για την ασφάλεια του (π.χ. ρύθμιση του ύψους του κρεβατιού σε χαμηλή θέση, ανύψωση των πλαϊνών προστατευτικών κιγκλιδωμάτων, τοποθέτηση του κομβίου κλήσης για βοήθεια σε θέση προσεγγίσιμη από τον ασθενή), ο νοσηλευτής-τρια μελετά τις μετεγχειρητικές οδηγίες του ιατρού. Οι οδηγίες αυτές κατευθύνουν τον νοσηλευτή στη φροντίδα του ασθενούς κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου. Οι αυτές οδηγίες προσδιορίζουν το επιτρεπτό επίπεδο δραστηριότητας του ασθενούς, την ακολουθούμενη διαίτα, τα φάρμακα που θα χορηγηθούν για τον πόνο και τη ναυτία, την αντιβιοτική αγωγή, τη αναγκαιότητα συνέχισης των προεγχειρητικά χορηγούμενων φαρμάκων, τη συχνότητα μέτρησης των ζωτικών σημείων, την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και τις εργαστηριακές εξετάσεις που θα γίνουν (π.χ. μέτρηση αιμοσφαιρίνης και καλίου ορού). Στα περισσότερα νοσοκομεία, οι οδηγίες που έχουν γραφεί προεγχειρητικά ξαναγράφονται μετά τη χειρουργική επέμβαση, δεδομένου ότι η κατάσταση του ασθενούς έχει μεταβληθεί (Osborn et al., 2013).

3.4. Έγκαιρη κινητοποίηση

Η έγκαιρη κινητοποίηση ενθαρρύνεται έντονα ως μέρος ενός προγράμματος ανάρρωσης και οι ασθενείς ενθαρρύνονται να σηκωθούν από το κρεβάτι και να περπατήσουν στο θάλαμο ακόμη και την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα. Η παρατεταμένη ανάπαυση στο κρεβάτι σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης, ατελεκτασίας και μειωμένης μυϊκής μάζας. Η παρατεταμένη ανάπαυση παραμονή στο κρεβάτι μετά από χειρουργική επέμβαση στην κοιλιακή χώρα σχετίζεται με τριπλάσια αύξηση των πνευμονικών επιπλοκών (Dewit, 2013).

3.5. Μετεγχειρητική αναλγησία

Διάφορα φαρμακευτικά σχήματα αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου χρησιμοποιούνται για την επαρκή ανακούφιση από τον πόνο μετά την επέμβαση. Έτσι η χορήγηση σκευασμάτων όπως η ακεταμινοφαίνη, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ), τα αντιεπιληπτικά και νευροληπτικά και η αναλγησία με οπιοειδή βραχείας δράσης έχουν σημαντικά αναλγητικά αποτελέσματα, ειδικά αν χορηγούνται συνδυαστικά (Lemone & Burke, 2014).

3.6. Παροχετεύσεις και σωλήνες

Οι ρινογαστρικοί σωλήνες που εισάγονται μετά την εισαγωγή στην αναισθησία χρησιμοποιούνται για ανοιχτές και λαπαροσκοπικές επεμβάσεις και αφαιρούνται πριν ξυπνήσει ο ασθενής. Αυτοί οι σωλήνες βοηθούν στην γαστρική αποσυμπίεση και είναι χρήσιμα σε λαπαροσκοπικές περιπτώσεις, αυξάνοντας τον χειρουργικό χώρο και μειώνοντας τον κίνδυνο γαστρικού τραυματισμού. Η μόνη ένδειξη για την εισαγωγή ενός ρινογαστρικού σωλήνα που θα παραμείνει μετεγχειρητικά είναι εάν ένας ασθενής εμφανίζει αποφρακτικό καρκίνο με σχετιζόμενη διαστολή του λεπτού εντέρου. Οι ουροκαθετήρες Foley αφαιρούνται νωρίς την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα για να διευκολυνθεί η πρόωρη κινητοποίηση (Dewit, 2013).

3.7. Ενδοφλέβια υγρά και διατροφή

Ως μέρος του βελτιωμένου πρωτοκόλλου ανάρρωσης, επιτρέπεται στους ασθενείς να λαμβάνουν υγρά το απόγευμα μετά τη χειρουργική επέμβαση και να

μεταβαίνουν σε δίαιτα χαμηλών υπολειμμάτων γρήγορα εάν αυτό είναι ανεκτό. Η καθυστέρηση στην επανάληψη της διατροφής μετά από μείζονα χειρουργική επέμβαση αυξάνει τη νοσηρότητα, παρατείνει τον μετεγχειρητικό ειλέο και αυξάνει την παραμονή στο νοσοκομείο. Τα συμπληρώματα διατροφής χρησιμοποιούνται για την κάλυψη αυξημένων φυσιολογικών και θερμιδικών απαιτήσεων. Με την πρόωρη επανένταξη της διατροφής και των στοματικών συμπληρωμάτων διατροφής, τα ενδοφλέβια υγρά δεν είναι απαραίτητα για τους περισσότερους ασθενείς μετά από κολεκτομή. Εάν απαιτούνται υγρά συντήρησης, πρέπει να αποφεύγεται η χρήση υπερβολικού όγκου αλατούχου διαλύματος 0,9%, καθώς έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί υπερχλωραιμική οξέωση και υπερφόρτωση διάμεσου υγρού (Osborn et al., 2013).

3.8. Πρόληψη μετεγχειρητικού ειλεού

Ο μετεγχειρητικός ειλέος είναι ο κύριος λόγος για καθυστερημένη έξοδο από το νοσοκομείο σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε κολεκτομή για καρκίνο του παχέος εντέρου. Η καθυστερημένη μετεγχειρητική κινητοποίηση του εντέρου οδηγεί σε κοιλιακή διαταραχή, ναυτία και έμετο και μπορεί να απαιτήσει εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα. Αυτό το γεγονός σε συνδυασμό με την καθυστέρηση στην έναρξη της στοματικής δίαιτας μπορεί να οδηγήσει σε παραμονή στο νοσοκομείο άνω της εβδομάδας ή περισσότερο. Συγκεκριμένα μέτρα που μειώνουν την πιθανότητα ειλεού είναι: ο περιορισμός της περιεγχειρητικής χρήσης οπιοειδών, η πρόωπη κινητοποίηση, η αποφυγή χρήσης ρινογαστρικών σωλήνων και κοιλιακών αποχετεύσεων, η έγκαιρη αφαίρεση του καθετήρα Foley για την ενθάρρυνση της κινητοποίησης και η προσεκτική διαχείριση περιεγχειρητικών υγρών και ηλεκτρολυτών (Dewit, 2013).

4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και διαγνώσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων, προκαλούν μια σειρά από συμπτώματα όπως: ναυτία, εμετούς, ανορεξία, και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από την στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά

προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Osborn et al., 2013).

4.1.Προβλήματα του Αρρώστου με Χημειοθεραπεία

- Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
- Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροια).
- Διαταραχή υγρών – ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια).
- Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
- Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα) (Dewit, 2013).

4.2.Σκοποί της Φροντίδας

- Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
- Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
- Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους (Dewit, 2013).

4.3.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
- Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
- Χορήγηση των κυτταροστατικών φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών.
- Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
- Προσεκτική φροντίδα στόματος.

- Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
- Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
- Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- Βοήθεια του αρρώστου να δειχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
- Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εξαγγείωσης του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.
- Καταγραφή πιθανών παρενεργειών της νόσου ή της θεραπείας στο νοσηλευτικό φάκελο.
- Χρήση των αυξητικών παραγόντων και εκπαίδευση των ασθενών για τη χρήση τους (Osborn et al., 2013).

5.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και διαγνώσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζουν μιας σειρά από επιπλοκές, που έχουν προσωρινό ή μόνιμο χαρακτήρα και απαιτούν έγκαιρη αντιμετώπιση και νοσηλευτική φροντίδα. Οι επιπλοκές αυτές σχετίζονται τόσο με σωματικά προβλήματα, όσο και με προβλήματα της ψυχικής σφαίρας του ασθενούς.

5.1.Προβλήματα του Αρρώστου

- Κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία).
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία).
- Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας (διάρροια, έμετοι).
- Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου.
- Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία).
- Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία).
- Αντιδράσεις από το δέρμα-ακτινινोδερματίτιδα.

- Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση-μικρός χρόνος φροντίδας-περιορισμός επισκεπτηρίου).
- Γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας, κόπωσης.
- Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον (Osborn et al., 2013).

5.2. Σκοποί της Νοσηλευτικής Φροντίδας

- Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
- Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
- Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους (Dewit, 2013).

5.3. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Ενημέρωση, μέσα σε λογικά πλαίσια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχτεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
- Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.
- Εξήγηση λήψης προστατευτικών μέτρων για την προστασία του περιβάλλοντος, όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη της ακτινοδερματίτιδας
 - παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.
 - προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό(ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία)και τραυματισμό από στενά ενδύματα.
 - παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτική βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και βάμμα ιωδίου. Ακόμα να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.

- αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.
- Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχτεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία) (Lemone & Burke, 2014).

6.Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με κολοστομία

Η κολοστομία δημιουργεί μια προσωρινή ή μόνιμη μεταβολή της φυσιολογικής οδού η οποία εμποδίζει την καθημερινότητα, διότι ο ασθενής μπαίνει σε δύσκολη θέση και απαιτούνται ειδικές δεξιότητες για να ανταπεξέλθει. Είναι ικανή να δημιουργήσει σωματικά συμπτώματα και να επηρεάσει την ψυχική και την κοινωνική ευεξία. Τα παραπάνω έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του, αφού είναι συχνά αγχωμένος, καταθλιπτικός, δυσκολεύεται να αποδεχτεί τις εξελίξεις της ασθένειας και αρνείται να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες. Το άτομο επηρεάζεται ψυχολογικά κυρίως επειδή παρατηρεί εμφανείς αλλαγές στο σώμα του, την ελκυστικότητά του και έντονη δυσοσμία. Παράλληλα, ο ασθενής αισθάνεται άγχος, άρνηση, οργή, θυμό και απόρριψη από τους γύρω του. Αυτό όμως που τον τρομάζει περισσότερο είναι η εξέλιξη της ασθένειας. Η συναισθηματική υγεία των αρρώστων μεταβάλλεται συνεχώς διότι προκύπτουν αρκετά γεγονότα που την επηρεάζουν αρνητικά. Παράλληλα υπάρχει αντίκτυπο και στην ποιότητα ζωής τους. Για αυτό το λόγο πρέπει να δοθεί έμφαση στους παράγοντες ψυχολογίας και κοινωνικότητας, ώστε να μετριαστούν οι επιπτώσεις αυτής της κατάστασης. Ακόμα, ένας παράγοντας που μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενή είναι η ύπαρξη εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας που είναι σε θέση να δώσουν τις κατάλληλες συμβουλές για τη διαχείριση της στομίας με στόχο την ανεξαρτητοποίησή του (Popek et al., 2016).

Ο νοσηλευτής-τρια εξασφαλίζει την επιστροφή του ασθενούς στην κοινωνική και επαγγελματική του δραστηριότητα, με την ενίσχυση της φυσικής και ψυχικής υγείας, και ταυτόχρονα την βελτίωση και διατήρηση της ποιότητας ζωής του ατόμου. Ειδικότερα η νοσηλευτική φροντίδα επιδιώκει την επίτευξη των παρακάτω στόχων:

- Στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και τον νοσηλευτή.
- Στην ενημέρωση και διδασκαλία του τρόπου περιποίησης κολοστομίας.
- Στην ενημέρωση της οικογένειας για την περιποίηση της κολοστομίας.
- Στην ενημέρωση για τις επιπλοκές και την άμεση αντιμετώπισή τους.
- Στη δημιουργία κινήτρων, με σκοπό τη συμμετοχή του ασθενούς σε δραστηριότητες που τον κάνουν να αισθάνεται καλύτερα (Bachelet et al., 2012).

7. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς με καρκίνο

Λαμβάνοντας υπόψη το φάσμα των σωματικών και ψυχοκοινωνικών δυσκολιών που αντιμετωπίζει ένας ασθενής με καρκίνο, καθίσταται ευθύνη των επαγγελματιών υγείας και της ογκολογικής ομάδας να ενισχύσουν ψυχολογικά αυτούς τους ασθενείς (Malik, 2014).

Ο ασθενής έχει αρχικά την ανάγκης της πληροφόρησης. Οι πληροφορίες πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις προσδοκίες και τις προτιμήσεις κάθε ασθενούς, καθώς και στην ατομική διάγνωση και κλινική κατάσταση του ασθενούς. Τα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι το ευρύ φάσμα των αναγκών πληροφόρησης των ασθενών (π.χ. πληροφορίες που αφορούν τον τύπο και το στάδιο του καρκίνου, τη θεραπεία, την πρόγνωση, την αποκατάσταση, την επίτευξη και τη διατήρηση της μέγιστης υγείας, την αντιμετώπιση οικονομικών προβλημάτων) αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι το άγχος μειώνει την ικανοποίηση σχετικά με τις παρεχόμενες πληροφορίες. Ωστόσο, τα στοιχεία δείχνουν ότι πολλοί ασθενείς εξακολουθούν να έχουν ανεπαρκή πληροφόρηση σχετικά με τη διαχείριση της ασθένειάς τους (Mallinger et al., 2018).

Άλλη σημαντική παράμετρος είναι ότι οι ασθενείς με καρκίνο, από τη στιγμή της διάγνωσής τους αρχίζουν να φοβούνται το θάνατο. Το άγχος του θανάτου βρέθηκε να σχετίζεται με άγχος, καταθλιπτικά συμπτώματα και πεποιθήσεις για το τι θα συμβεί μετά το θάνατο. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς με καρκίνο υφίστανται άγχος και μαστίζονται με επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις, συμπεριλαμβανομένων του φόβου για τον πόνο, το θάνατο και την εξάρτηση από τους άλλους. Επιπλέον, το άγχος μπορεί να είναι μια εκδήλωση κατάθλιψης,

παραληρήματος ή άλλου ιατρικού προβλήματος. Η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους συχνά περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, συμπεριφορική θεραπεία και φαρμακολογική διαχείριση (Malik, 2014).

Ακόμα το ψυχοκοινωνικό στρες μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία με πολλούς τρόπους. Η συναισθηματική δυσφορία και η ταυτόχρονη ψυχική ασθένεια μπορούν οι ίδιες να είναι η αιτία του πόνου και της κακής υγείας. Επιπλέον, επηρεάζεται η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει την ασθένεια και να συμμετάσχει σε συμπεριφορές που είναι απαραίτητες για τη διαχείριση της ασθένειας και προαγωγής της υγείας, για παράδειγμα στη διατήρηση μιας υγιεινής διατροφής, στην άσκηση και στην παρακολούθηση των συμπτωμάτων και των ανεπιθύμητων αντιδράσεων στη θεραπεία. Ακόμα ο καρκίνος, έχει βρεθεί ότι προδιαθέτει σε διαταραχές της προσοχής, της συγκέντρωσης, της μνήμης, της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών, της ικανότητας αλληλουχίας και οπτικής - κινητικής ολοκλήρωσης. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να έχει υπόψιν του αυτές τις μεταβολές και να τις συνυπολογίζει σε κάθε αντίδραση και συμπεριφορά του ασθενούς (Kroenke et al., 2011).

Μελέτες διαφορετικών πληθυσμών με καρκίνο, έχουν αναφέρει υψηλά ποσοστά ψυχολογικών συμπτωμάτων που πληρούν κριτήρια για κλινικές διαγνώσεις όπως κατάθλιψη, διαταραχές προσαρμογής και άγχος. Ακόμη και ασθενείς που δεν αναπτύσσουν κλινικά σύνδρομα ενδέχεται να αντιμετωπίσουν ανησυχίες, φόβους και άλλες μορφές ψυχολογικού στρες που τους προκαλούν σημαντική δυσφορία. Η χρόνια ασθένεια μπορεί να προκαλέσει ενοχή, συναισθήματα απώλειας ελέγχου, θυμό, θλίψη, σύγχυση και φόβο. Το άγχος, η διαταραχή της διάθεσης, ο φόβος, οι ανησυχίες για την εικόνα του σώματος και την επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας είναι κοινά σε ασθενείς με καρκίνο καλά (Grassi, et al., 2017).

Ένας άλλος σημαντικός ψυχοκοινωνικός στρεσογόνος παράγοντας μπορεί να είναι η έλλειψη διαθέσιμης κοινωνικής υποστήριξης. Αυτή η παράμετρος αναφέρεται στις σχέσεις που ένα άτομο αναπτύσσει με την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητά του. Υπάρχουν διάφοροι τύποι υποστήριξης: (i) Η συναισθηματική υποστήριξη περιλαμβάνει λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία. (ii) Η ενημερωτική υποστήριξη αποτελείται από γνώσεις, καθοδήγηση και συμβουλή. (iii) Τέλος, η οργανική υποστήριξη περιλαμβάνει την παροχή υλικοτεχνικής βοήθειας με τη μορφή

μεταφοράς, χρημάτων, βοηθώντας τις δουλειές των νοικοκυριών. Από την άλλη πλευρά, η διαθεσιμότητα μιας υγιούς κοινωνικής υποστήριξης βοηθά στη διαδικασία θεραπείας, αποκατάστασης και αντιμετώπισης του ασθενούς. Λαμβάνοντας υπόψη το εύρος των σωματικών και ψυχοκοινωνικών δυσκολιών που αντιμετωπίζει ένας ασθενής με καρκίνο, καθίσταται ευθύνη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και της ομάδας ογκολογικής θεραπείας να βοηθήσουν τους ασθενείς να αποκτήσουν υγιή ψυχική υγεία με σκοπό την ανακούφισης από την ψυχολογική δυσφορία στο μέγιστο, ενισχύοντας τους ήδη διαθέσιμους πόρους (Carlson et al., 2012).

ΜΕΡΟΣ 4^ο

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Άρθρο 1^ο

Faecal immunochemical testing implementation to increase colorectal cancer screening in primary care

Colorectal cancer (CRC) is the second leading cause of cancer death in USA, and CRC screening remains suboptimal. The aim of this quality improvement was to increase CRC screening in the internal medicine clinic (IMC) patients, between the ages of 50–75 years, from a baseline rate of 50%–70% over 12 months with the introduction of faecal immunochemical test (FIT) testing. We used the Plan–Do–Study–Act (PDSA) method and performed a root cause analysis to identify barriers to acceptance of CRC screening. The quality improvement team created a driver diagram to identify and prioritise change ideas. We developed a process flow map to optimise opportunities to improve CRC screening. We performed eight PDSA cycles. The major components of interventions included: (1) leveraging health information technology; (2) optimising team work, (3) education to patient, physicians and IMC staff, (4) use of patient navigator for tracking FIT completion and (5) interactive workshops for the staff and physicians to learn motivational interview techniques. The outcome measure included CRC screening rates with either FIT or colonoscopy. The process measures included FIT order and completion rates. Data were analysed using a statistical process control and run charts. Four hundred and seven patients visiting the IMC were offered FIT, and 252 (62%) completed the test. Twenty-two (8.7%) of patients were FIT positive, 14 of those (63.6%) underwent a subsequent diagnostic colonoscopy. We achieved 75% CRC screening with FIT or colonoscopy within 12 months and exceeded our goal. Successful strategies included engaging the leadership, the front-line staff and a highly effective multidisciplinary team. For average-risk patients, FIT was the preferred method of screening. We were able to sustain a CRC screening rate of 75% during the 6-month postproject period. Sustainable annual FIT is required for successful CRC screening (Bakhai et al, 2018).

Περίληψη

Εφαρμογή ανοσοχημικών δοκιμών στα κόπρανα για την αύξηση της ανίχνευσης του καρκίνου του παχέος εντέρου στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στις Η.Π.Α. Πάραυτα, ο έλεγχός του παραμένει ελλιπής. Στόχος αυτής της έρευνας ήταν η βελτίωση της ποιότητας προκειμένου να αυξηθεί η ανίχνευση του καρκίνου του παχέος εντέρου στους ασθενείς που νοσηλεύονται, με ηλικία 50-75 ετών, από ένα βασικό ρυθμό 50% -70% σε 12 μήνες με την εισαγωγή ανοσοχημικής δοκιμής στα κόπρανα (FIT). Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τη μέθοδο Plan-Do-Study-Act (PDSA) και πραγματοποίησαν μια ανάλυση βασικής αιτίας για τον εντοπισμό εμποδίων στην ανίχνευση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η ομάδα βελτίωσης της ποιότητας δημιούργησε ένα διάγραμμα οδηγών για τον εντοπισμό και την ιεράρχηση των ιδεών αλλαγής. Οι ερευνητές ανέπτυξαν έναν χάρτη ροής διαδικασιών για να βελτιστοποιήσουν τις ευκαιρίες για τη βελτίωση της ανίχνευσης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Πραγματοποιήθηκαν οκτώ κύκλοι PDSA. Τα κυριότερα συστατικά των παρεμβάσεων περιελάμβαναν: (1) αξιοποίηση της τεχνολογίας πληροφοριών για την υγεία, (2) βελτιστοποίηση της ομαδικής εργασίας, (3) εκπαίδευση για τον ασθενή, γιατρούς, νοσηλευτές και προσωπικό της κλινικής, (4) χρήση του πλοηγού ασθενούς για την παρακολούθηση της ολοκλήρωσης FIT και (5) διαδραστικά εργαστήρια για το προσωπικό και τους γιατρούς για να μάθουν τεχνικές συνεντεύξεων. Το μέτρο έκβασης περιελάμβανε τα ποσοστά διαλογής του παχέος εντέρου είτε με FIT είτε με κολονοσκόπηση. Τα μέτρα επεξεργασίας περιελάμβαναν τα ποσοστά εντολής και ολοκλήρωσης FIT. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας στατιστικό έλεγχο και διαγράμματα εκτέλεσης. Από το σύνολο των ασθενών, οι 407 που επισκέφθηκαν την κλινική δοκίμασαν το FIT και 252 (62%) ολοκλήρωσαν τη δοκιμασία. Είκοσι δύο (8,7%) των ασθενών ήταν θετικοί στο FIT, 14 από αυτούς (63,6%) υποβλήθηκαν σε μεταγενέστερη διαγνωστική κολονοσκόπηση. Οι ερευνητές επέτυχαν 75% έλεγχο CRC με FIT ή κολονοσκόπηση εντός 12 μηνών και υπερέβησαν τον στόχο τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι επιτυχημένες στρατηγικές περιλάμβαναν την ανάληψη της ηγεσίας, του προσωπικού πρώτης γραμμής και μιας πολύ αποτελεσματικής διεπιστημονικής ομάδας. Για ασθενείς με μέσο κίνδυνο, η FIT ήταν η προτιμώμενη μέθοδος ανίχνευσης. Εν τέλει, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είναι

απαραίτητο να πραγματοποιούν το FIT για ένα διάστημα ενός έτους προκειμένου να είναι πλήρως επιτυχημένος ο έλεγχος (Bakhai et al, 2018).

Άρθρο 2^ο

Psychological distress, quality of life, symptoms and unmet needs of colorectal cancer survivors near the end of treatment.

This study investigated psychological morbidity, quality of life (QoL), colorectal cancer (CRC)-specific symptoms and supportive care needs in a CRC population at the end of treatment (EOT). CRC survivors (n = 152) completed a post-treatment baseline questionnaire as part of a multisite supportive care randomised controlled trial (SurvivorCare). CRC survivors had completed treatment with curative intent within 0 to 6 months. Measures are as follows: Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) (psychological morbidity), EORTC QLQ-C30 and QLQ-CR29 (QoL and CRC-specific symptoms and problems) and Cancer Survivors' Unmet Needs (CaSUN) measure with a simplified response format (unmet needs). Linear regression models were used to compare participants' QoL with a general population sample. Correlation analysis examined associations between psychological morbidity, QoL and CRC-specific symptoms and problems. Average participant age was 64 years, and 51% were male. The majority (68%) had stage 3 disease. In comparison to population norms, CRC survivors had lower depression and anxiety scores (47.4 and 45.6, respectively) but higher somatisation, and lower role, cognitive and social functioning ($p < 0.001$). CRC survivors had higher fatigue, nausea/vomiting, appetite loss, diarrhoea and financial problems (all $p < 0.001$), as well as pain ($p = 0.002$) and constipation ($p = 0.019$). CRC-specific psychological scores were positively correlated with all three BSI domain scores, and pain and fatigue symptom scores on the QLQ-C30 while negatively correlated with all five functional scales of the QLQ-C30. CRC survivors reported good mental health at EOT. Role and social functioning were impaired compared to population norms, possibly related to physical symptoms. Findings may help guide consultations with patients and inform the design of more tailored supportive care interventions (Russell et al., 2015).

Περίληψη

Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει την ψυχολογική νοσηρότητα, την ποιότητα ζωής (QoL), τα συμπτώματα που σχετίζονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου (CRC) και τις ανάγκες υποστηρικτικής φροντίδας σε ασθενείς με την νόσο αυτή που βρίσκονται στο τέλος της θεραπείας τους. Οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που συμμετείχαν στην έρευνα ($n = 152$) ολοκλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο αναφοράς μετά τη θεραπεία ως μέρος μιας τυχαίας ελεγχόμενης δοκιμής. Οι επιζώντες του καρκίνου του παχέος εντέρου είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία με θεραπευτική πρόθεση εντός 0 έως 6 μηνών. Τα μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για να συγκρίνουν την Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων με δείγμα γενικού πληθυσμού. Η ανάλυση συσχετισμού εξέτασε τις συσχετίσεις μεταξύ της ψυχικής νοσηρότητας, των συμπτωμάτων και των προβλημάτων που σχετίζονται με την Ποιότητα Ζωής και τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Όσον αφορά τους συμμετέχοντες, η μέση ηλικία τους ήταν 64 ετών και το 51% ήταν άντρες. Από το σύνολο των συμμετεχόντων η πλειοψηφία με ποσοστό 68% βρίσκονταν στο τρίτο στάδιο της νόσου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επιζώντες από τον καρκίνο του παχέος εντέρου είχαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και ανησυχίας, και υψηλότερα επίπεδα γνωστικής και κοινωνικής λειτουργικότητας ($p < 0.001$). Επίσης, στους ασθενείς αυτούς ήταν έντονα τα συμπτώματα της ναυτίας, της κούρασης, της διάρροιας, ενώ επίσης αντιμετώπιζαν έντονο πόνο και δυσκοιλιότητα κάποιες φορές. Οι ασθενείς αυτοί αντιμετώπιζαν επίσης οικονομικά προβλήματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που λάμβαναν την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη από τους νοσηλευτές μπορούσαν να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής και φυσικά καλύτερη ψυχική υγεία, γεγονός που τους βοηθούσε στην αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων (Russell et al., 2015).

Άρθρο 3^ο

Intervening factors for the initiation of treatment of patients with stomach and colorectal cancer

The aim of this paper was to identify the time between symptoms, the request for care and the beginning of treatment in patients with stomach and colorectal cancer as well as the factors that interfere in these processes. correlational descriptive study, including 101 patients diagnosed with stomach or colorectal cancer, treated in a

hospital specialized in oncology. the 101 patients investigated there was predominance of males, mean age of 61.7 years. The search for medical care occurred within 30 days after the onset of symptoms, in most cases. The mean total time between the onset of symptoms and the beginning of treatment ranged from 15 to 16 months, and the mean time between the search for medical care and the diagnosis was 4.78 months. The family history of cancer ($p=0.008$) and the implementation of preventive follow-up ($p<0.001$) were associated with shorter periods between the search for care and the beginning of treatment. Nausea, vomiting, hematochezia, weight loss and pain were associated with faster demand for care. the longer interval between the search for medical care and the diagnosis was possibly due to the non-association between the presented symptoms and the disease (Valle et al., 2017).

Περίληψη

Στόχος της έρευνας ήταν να προσδιοριστεί ο χρόνος μεταξύ των συμπτωμάτων, το αίτημα για περίθαλψη και την έναρξη της θεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του στομάχου και του ορθού, καθώς και οι παράγοντες που παρεμβαίνουν σε αυτές τις διεργασίες. Για την ολοκλήρωση της έρευνας αυτής πραγματοποιήθηκε μια συσχετιστική περιγραφική μελέτη, όπου έλαβαν μέρος 101 ασθενείς που διαγνώστηκαν με καρκίνο του στομάχου ή του παχέος εντέρου. Οι ασθενείς αυτοί εισήχθησαν σε θεραπεία σε νοσοκομείο ειδικευμένο στην ογκολογία. Οι 101 ασθενείς που διερευνήθηκαν ήταν κατά κύριο λόγο άντρες, με μέση ηλικία 61,7 έτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς ξεκίνησαν να αναζητούν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εντός 30 ημερών από την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Ο μέσος συνολικός χρόνος μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και της έναρξης της θεραπείας κυμάνθηκε από 15 έως 16 μήνες και ο μέσος χρόνος μεταξύ της αναζήτησης για ιατρική περίθαλψη και της διάγνωσης ήταν 4,78 μήνες. Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου ($p = 0,008$) και η εφαρμογή προληπτικής παρακολούθησης ($p < 0,001$) συσχετίστηκαν με βραχύτερες περιόδους μεταξύ της αναζήτησης φροντίδας και της έναρξης της θεραπείας. Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ναυτία, ο έμετος, η απώλεια βάρους και ο πόνος σχετίζονταν με την ταχύτερη ζήτηση για φροντίδα. Το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μεταξύ της αναζήτησης της ιατρικής περίθαλψης και της διάγνωσης οφείλεται ενδεχομένως στη μη συσχέτιση μεταξύ των παρουσιαζόμενων συμπτωμάτων και της νόσου (Valle et al., 2017).

Αρθρο 4^ο

Differences in Symptom Burden Between Colorectal Cancer Patients Receiving Curative Versus Palliative Chemotherapy.

Colorectal cancer (CRC) is one of the most common cancers worldwide. Patients with CRC may have multiple cooccurring symptoms as a result of their disease or its treatment. Little is known about potential differences in symptom burden in CRC patients scheduled to receive curative versus palliative chemotherapy (CTX). The purposes of this study were to investigate the overall symptom burden of patients with CRC before their first CTX treatment or before the initiation of a new CTX regimen and to evaluate for differences in symptom occurrence, severity, and distress between patients with CRC who were scheduled to receive curative versus palliative CTX. Consecutive patients with CRC were recruited (n = 120), and symptoms were assessed using the Memorial Symptom Assessment Scale before the initiation of the CTX. The most common symptoms that occurred in $\geq 30\%$ of the patients were evaluated. Differences in occurrence rates and severity and distress scores between the curative (n = 68) and palliative (n = 52) patient groups were evaluated using binary logistic regression and ordinal logistic regression analyses, respectively. In both groups, patients reported an average of 10 cooccurring symptoms. Worrying (65%), lack of energy (59%), feeling drowsy (54%), feeling bloated (53%), pain (51%), and difficulty sleeping (50%) were the most prevalent symptoms. Problems with sexual interest had the highest severity and distress scores in both groups. For the 13 most common symptoms, no significant differences were found between the two patient groups on any of the Memorial Symptom Assessment Scale dimensions (i.e., occurrence, severity, distress). Regardless of the reason for CTX, CRC patients experience a large number of cooccurring symptoms (Røhrl et al., 2016).

Περίληψη

Διαφορές στην βαρύτητα των συμπτωμάτων μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου που λαμβάνουν θεραπευτική έναντι παρηγορητικής χημειοθεραπείας.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ένας από τους συνηθέστερους καρκίνους παγκοσμίως. Οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να έχουν πολλαπλά συμπτώματα συσχέτισης ως αποτέλεσμα της ασθένειάς τους ή της θεραπείας τους.

Λίγα είναι γνωστά για τις πιθανές διαφορές στο βάρος των συμπτωμάτων σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που έχει προγραμματιστεί να λάβουν θεραπευτική έναντι παρηγορητικής χημειοθεραπείας. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συνολικής βαρύτητας των συμπτωμάτων των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου πριν από την πρώτη θεραπεία με χημειοθεραπεία και της εκτίμησης των διαφορών στην εμφάνιση, τη σοβαρότητα και την αναστάτωση των συμπτωμάτων μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου που είχαν προγραμματιστεί να λαμβάνουν θεραπευτική έναντι παρηγορητικής χημειοθεραπείας. Οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν σύνολο 120 και τα συμπτώματα αξιολογήθηκαν με την κλίμακα Memorial Symptom Assessment Scale πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας. Οι διαφορές των ποσοστών εμφάνισης και των βαθμών βαρύτητας και κινδύνου μεταξύ της πρώτης ομάδας (n = 68) και της δεύτερης ομάδας ασθενών που έλαβε παρηγορητική φροντίδα με χημειοθεραπεία (n = 52) αξιολογήθηκαν με αναλύσεις δυαδικής λογιστικής παλινδρόμησης και λογικής παλινδρόμησης αντίστοιχα. Και στις δύο ομάδες, οι ασθενείς ανέφεραν κατά μέσο όρο 10 συνυπάρχοντα συμπτώματα. Τα κυριότερα συμπτώματα ήταν η ανησυχία (65%), η έλλειψη ενέργειας (59%), το αίσθημα υπνηλίας (54%), το αίσθημα φουσκώματος (53%), ο πόνος (51%) και η δυσκολία στον ύπνο (50%). Τα προβλήματα που αφορούσαν την σεξουαλική ζωή, είχαν τις υψηλότερες βαθμολογίες σοβαρότητας και κινδύνου και στις δύο ομάδες. Ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας που έλαβαν οι ασθενείς, τα συμπτώματα δεν φάνηκε να έχουν σημαντικές διαφορές στους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή (Røhrl et al., 2016).

Άρθρο 5°

Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients.

The balance between hope-hopelessness plays an important role in the way terminally ill patients report quality of life, and personal resilience may be related to hope at the end of life. The objective of this study was to explore associations between personal resilience, hope, and other possible predictors of hope in advanced cancer patients. A cross-sectional pilot study was carried out with metastatic colorectal cancer patients in a tertiary hospital. The patients answered the Connor-Davidson Resilience Scale,

Herth Hope Index, Barthel Index, an instrument addressing family and social support, visual-numeric scales for pain and suffering, a two-item screening for depression, socio-demographic and socio-economic information about the family. Forty-four patients were interviewed (mean age 56 years; range 29-86). A strong correlation was noted between resilience and hope (0.63; $p < 0.05$). No correlation was found between hope and independence for activities of daily living, support from family and community, and pain and suffering levels. Of the 44 patients, 20 presented with depressive symptoms. These depressive patients had lower resilience ($p = 0.005$) and hope ($p = 0.003$), and higher scores of suffering ($p < 0.001$). The association between resilience and hope kept stable after adjusting for age, gender, and presence of depression ($p < 0.001$). Given that resilience is a dynamic, changeable path that can improve hope, resilience-fostering interventions should be most valued in palliative care settings and should be commenced as soon as possible with cancer patients. Patients with advanced stages of non-malignant conditions would also probably benefit from such interventions (Solano et al., 2016).

Περίληψη

Ανθεκτικότητα και ελπίδα κατά την προχωρημένη νόσο: μια πιλοτική μελέτη με ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου

Η ισορροπία μεταξύ ελπίδας-απελπισίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου τους αντιμετωπίζουν και αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, η προσωπική τους ανθεκτικότητα μπορεί να σχετίζεται με ελπίδα στο τέλος της ζωής. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ προσωπικής ανθεκτικότητας, της ελπίδας και άλλων πιθανών προγνωστικών της ελπίδας σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο. Έτσι, πραγματοποιήθηκε μια πιλοτική μελέτη με ασθενείς με δείγμα ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου σε ένα νοσοκομείο. Οι ασθενείς απάντησαν στη κλίμακα ανθεκτικότητας του Connor-Davidson και στην κλίμακα Herth Hope Index, Barthel Indexm ένα εργαλείο που αφορά την οικογένεια και την κοινωνική υποστήριξη, αλλά και τις οπτικές και αριθμητικές κλίμακες για πόνο και την κατάθλιψη, και τέλος τις κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές πληροφορίες για την οικογένεια. Σαράντα τέσσερις ασθενείς υποβλήθηκαν σε συνέντευξη (μέση ηλικία 56 ετών). Έγινε έντονη συσχέτιση μεταξύ ανθεκτικότητας και ελπίδας (0.63, $p < 0.05$). Οι

ερευνητές δεν διαπίστωσαν καμία απολύτως συσχέτιση μεταξύ της ελπίδας και της ανεξαρτησίας όσον αφορά τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, την υποστήριξη από την οικογένεια και την κοινότητα, καθώς και τα επίπεδα πόνου και ταλαιπωρίας. Από τους 44 ασθενείς, οι 20 παρουσιάστηκαν με συμπτώματα κατάθλιψης. Αυτοί οι καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν χαμηλότερη ανθεκτικότητα ($p = 0,005$) και ελπίδα ($p = 0,003$) και υψηλότερες βαθμολογίες πόνου ($p < 0,001$). Η συσχέτιση μεταξύ ανθεκτικότητας και ελπίδας παρέμεινε σταθερή μετά την προσαρμογή της ηλικίας, του φύλου και της παρουσίας κατάθλιψης ($p < 0.001$). Δεδομένου ότι η ανθεκτικότητα είναι μια δυναμική, μεταβαλλόμενη πορεία που μπορεί να βελτιώσει την ελπίδα, οι παρεμβάσεις που ενθαρρύνουν την ανθεκτικότητα πρέπει να αποτιμώνται περισσότερο στις εγκαταστάσεις παρηγορητικής αγωγής και θα πρέπει να αρχίσουν το συντομότερο δυνατό με τους ασθενείς με καρκίνο. Οι ασθενείς με προχωρημένα στάδια μη κακοήθων καταστάσεων θα μπορούσαν επίσης να επωφεληθούν από τέτοιες παρεμβάσεις, λαμβάνοντας την ανάλογη υποστήριξη από τους νοσηλευτές τους (Solano et al., 2016).

Άρθρο 6°

Reflections on communication of disease prognosis and life expectancy by patients with colorectal cancer undergoing palliative care: a qualitative study

Patients with colorectal cancer undergoing palliative treatment receive extensive treatment-related information throughout their disease trajectory. We aimed to explore the experiences of patients with incurable colorectal cancer while in palliative care and their reflections on the information provided by physicians and nurses. Our main focus was the patients' thoughts about how information about disease status and life expectancy was communicated, from the first time that they were informed about the incurable nature of their disease through to postsurgery palliative treatment. Patients with colorectal cancer receiving palliative chemotherapy. We used a qualitative approach, and the data were analysed by qualitative content analysis. 20 patients (34–75 years of age) were included in the study; 12 received first-line chemotherapy and 8 received second-line chemotherapy. Eleven patients were treated by oncologists, and nine were treated by junior physicians. Data-driven empirical analysis identified three themes: (1) inadequate information during the initial phase of the disease trajectory; (2) hope and information further into the disease trajectory and (3) personal,

professional and organisational factors that influenced information and communication throughout the disease trajectory. The participants' experience of being told for the first time that they had an incurable disease was perceived as inadequate, while postsurgery palliative chemotherapy, physicians and nurses offered hope. The participants preferred customised information about their treatment and likely future prospects and physicians and nurses who took a holistic and compassionate approach focusing on their lifeworld. To be a sensitive, holistic and compassionate physician or nurse requires knowledge and confidence. To achieve this requires training and guidance at universities and in hospitals (Rohde et al., 2019).

Περίληψη

Οι προβληματισμοί σχετικά με την επικοινωνία της πρόγνωσης της νόσου και του προσδόκιμου ζωής από ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που υποβάλλονται σε παρηγορητική θεραπεία: μια ποιοτική μελέτη

Οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που υποβάλλονται σε παρηγορητική θεραπεία λαμβάνουν εκτεταμένες πληροφορίες οι οποίες είναι σχετικές με τη θεραπεία σε όλη τη διάρκεια της νόσου τους. Στόχος της έρευνας αυτής ήταν να διερευνηθούν οι εμπειρίες των ασθενών με ανίατο καρκίνο του παχέος εντέρου κατά την παρηγορητική φροντίδα και τις σκέψεις τους σχετικά με τις πληροφορίες που παρέχονται από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές. Κύριος στόχος λοιπόν ήταν να εξεταστούν οι σκέψεις των ασθενών σχετικά με τον τρόπο επικοινωνίας των πληροφοριών όσον αφορά με την κατάσταση της νόσου τους και το προσδόκιμο ζωής, από την πρώτη στιγμή που ενημερώθηκαν για την ανίατη φύση της νόσου τους έως την παρηγορητική αγωγή. Στην έρευνα συμμετείχαν 20 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που λαμβάνουν παρηγορητική χημειοθεραπεία. Επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος με την χρήση συνεντεύξεων, και έπειτα τα δεδομένα αναλύθηκαν με ποιοτική ανάλυση περιεχομένου. Από τους 20 ασθενείς, οι 12 έλαβαν χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής και 8 έλαβαν χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής. Έντεκα ασθενείς αντιμετωπίστηκαν από ογκολόγους και εννέα από τους παθολόγους. Η εμπειρική ανάλυση που βασίστηκε σε δεδομένα εντόπισε τρία θέματα. Το πρώτο θέμα ήταν η ανεπαρκής πληροφόρηση κατά την αρχική φάση της νόσου. Το δεύτερο θέμα αφορούσε την ελπίδα και την πληροφόρηση σχετικά με την φάση της νόσου και το τρίτο τους προσωπικούς, επαγγελματικούς και οργανωτικούς παράγοντες που επηρέασαν την πληροφόρηση και την επικοινωνία σε όλη τη διάρκεια της νόσου. Η

εμπειρία των συμμετεχόντων από την αρχική τους ενημέρωση από τους νοσηλευτές και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας ότι πάσχουν από μια ανίατη νόσο θεωρήθηκε ανεπαρκής. Ωστόσο, κατά μετεγχειρητική παρηγορητική χημειοθεραπεία, οι γιατροί και οι νοσηλευτές έδωσαν ελπίδα. Οι συμμετέχοντες προτιμούσαν να έχουν εξατομικευμένες πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία τους και πιθανές μελλοντικές προοπτικές. Επίσης προτιμούσαν οι γιατροί και οι νοσηλευτές που τους φρόντιζαν να υιοθετούν μια ολιστική και συμπονετική προσέγγιση που επικεντρώνεται στον τρόπο ζωής τους. Εν τέλει, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι για να είναι οι φροντιστές ευαίσθητοι και να φροντίζουν τους ασθενείς τους με τον κατάλληλο τρόπο, θα πρέπει να έχουν τις κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες, και φυσικά την κατάλληλη κατάρτιση και καθοδήγηση τόσο κατά την διάρκεια των σπουδών τους όσο και κατά την εργασία τους στα νοσοκομεία (Rohde et al., 2019).

Άρθρο 7^ο

Patient experiences of nurse-led telephone follow-up following treatment for colorectal cancer

Colorectal cancer is the third most prevalent cancer worldwide, although mortality rates across most of Europe have decreased in recent years. Historically, patients are asked to return to hospital outpatient clinics following treatment to monitor for disease progression. However, new approaches are being called for that focus on meeting the information and support needs of patients. Telephone follow-up (TFU) by specialist nurses is an alternative approach; this study aimed to explore patient views of TFU. Qualitative interviews were conducted with 26 colorectal cancer patients who had received TFU. One interview was also conducted with the specialist nurse who had used a structured intervention to provide TFU. Data were analysed using content analysis. All patients found TFU to be a positive experience and all stated a preference for continuing with TFU. Three main themes emerged from the patient interviews; 1) accessible and convenient care, 2) personalised care, and 3) relationship with the specialist nurse. The themes from the specialist nurse interview were 1) knowing the patient, 2) the benefits of TFU and 3) the challenges of TFU. TFU was well received by patients; it was perceived as highly convenient and had distinct advantages over hospital follow-up. Continuity of care was an important factor in building a trusting relationship between patient and nurse. Training in the use of the

intervention is recommended and it may be useful for specialist nurses to initially meet eligible patients face to face to establish rapport before implementing TFU (Williamson et al., 2016).

Περίληψη

Εμπειρίες ασθενών από τηλεφωνική παρακολούθηση τηλεφωνικής παρακολούθησης μετά από θεραπεία για τον καρκίνο του παχέως εντέρου

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου είναι ο τρίτος πιο διαδεδομένος καρκίνος παγκοσμίως, παρόλο που τα ποσοστά θνησιμότητας στην πλειονότητα της Ευρώπης έχουν μειωθεί τα τελευταία χρόνια. Κατά κύριο λόγο η παρακολούθηση της νόσου πραγματοποιείται στο νοσοκομείο και κυρίως στα εξωτερικά ιατρεία. Ωστόσο, χάρη στην εξέλιξη της τεχνολογίας νέες μέθοδοι έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών για ενημέρωση και υποστήριξη. Η παρακολούθηση των ασθενών από το τηλέφωνο είναι μια νέα τέτοια εναλλακτική μέθοδος. Στην έρευνα αυτή εξετάζονται οι απόψεις των ασθενών για την μέθοδο αυτή. Πραγματοποιήθηκαν ποιοτικές συνεντεύξεις με 26 ασθενείς με καρκίνο του παχέως εντέρου που είχαν λάβει αυτού του είδους την ενημέρωση. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας ανάλυση περιεχομένου. Όλοι οι ασθενείς συμφώνησαν ότι η συγκεκριμένη μέθοδος ήταν μια θετική εμπειρία και όλοι δήλωσαν ότι προτιμούν να την συνεχίσουν. Από τις συνεντεύξεις των ασθενών προέκυψαν τρία κύρια θέματα. 1) προσιτή και βολική φροντίδα, 2) εξατομικευμένη φροντίδα, και 3) σχέση με την ειδικευμένο νοσηλεύτη. Τα θέματα από τη συνέντευξη ειδικών νοσηλευτών ήταν 1) η γνώση του ασθενούς, 2) τα οφέλη από την μέθοδο αυτή και 3) οι προκλήσεις της τηλεφωνικής παρακολούθησης. Σε γενικές γραμμές πρόκειται για μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους, που ήταν πολύ πιο αποτελεσματική σε σχέση με την παρακολούθηση στον χώρο του νοσοκομείου. Η συνέχεια της φροντίδας ήταν ένας σημαντικός παράγοντας για την οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και νοσηλεύτη. Οι ερευνητές, προτείνουν την εκπαίδευση στη χρήση της παρέμβασης αυτής, ενώ αναφέρουν επίσης ότι θα ήταν ιδανικό εάν οι νοσηλευτές ξεκινούσαν να έχουν μια πρώτη γνωριμία με τους ασθενείς πολύ καιρό πριν ξεκινήσει η παρέμβαση με την χρήση τηλεφώνου (Williamson et al., 2016).

Αρθρο 8^ο

Feasibility and acceptability of the use of patient-reported outcome measures (PROMs) in the delivery of nurse-led supportive care to people with colorectal cancer.

Logistical issues pertinent to the use of patient-reported outcome measures (PROMs) by colorectal cancer nurse specialists (CNS) to identify the needs of people with colorectal cancer (CRC) in acute care remain unknown. We explored the feasibility and acceptability of PROMs-driven, CNS-led consultations to enhance delivery of supportive care to people with CRC completing adjuvant chemotherapy.

A systematic literature review and focus groups with patients and CNS (Phase 1) were followed by a repeated-measures, exploratory study (Phase 2), whereby pre-consultation PROM data were collected during three consecutive, monthly consultations, and used by the CNS to enable delivery of personalised supportive care. Based on Phase 1 data, the Supportive Care Needs Survey was selected for use in Phase 2. Fourteen patients were recruited (recruitment rate: 56%); thirteen (93%) completed all study assessments. Forty in-clinic patient-clinician consultations took place. At baseline, 219 unmet needs were reported in total, with a notable 21% (T2) and 32% (T3) over-time reduction. Physical/daily living and psychological domain scores declined from T1 to T3, yet not statistically significantly. In exit interviews, patients described how using the PROM helped them shortlist and prioritise their needs. CNS stressed how the PROM helped them tease out more issues with patients than they would normally. Nurse-led, PROMs-driven needs assessments with patients with CRC appear to be feasible and acceptable in clinical practice, possibly associated with a sizeable reduction in the frequency of unmet needs, and smaller decreases in physical/daily living and psychosocial needs in the immediate post-chemotherapy period (Kotronoulas et al., 2017).

Περίληψη

Σκοπιμότητα και αποδοχή της χρήσης των μετρήσεων έκβασης που αναφέρονται από τον ασθενή (PROMs) στην παροχή υποστηρικτικής φροντίδας που οδηγείται από νοσηλευτές σε άτομα με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Τα θέματα λογικής που σχετίζονται με τη χρήση των μετρήσεων έκβασης των ασθενών (PROM) από τους ειδικούς του νοσοκόμου για τον καρκίνο του παχέος

εντέρου (CNS) για τον εντοπισμό των αναγκών των ανθρώπων με ορθοκολικό καρκίνο (OAK), παραμένουν άγνωστοι. Εξερευνήσαμε τη σκοπιμότητα και αποδοχή των διαβουλεύσεων με γνώμονα τα PROM, οι οποίες κατευθύνονται από το ΚΝΣ, προκειμένου να ενισχυθεί η παροχή υποστηρικτικής φροντίδας σε άτομα με συμπληρωματική χημειοθεραπεία CRC.

Μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και οι ομάδες εστίασης με τους ασθενείς και το ΚΝΣ (Φάση 1) ακολουθήθηκαν από μία διερευνητική μελέτη (Φάση 2) επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, κατά την οποία συλλέχθηκαν δεδομένα προ-διαβούλευσης PROM κατά τη διάρκεια τριών διαδοχικών μηνιαίων διαβουλεύσεων και χρησιμοποιήθηκαν από το ΚΝΣ για την παροχή εξατομικευμένης υποστηρικτικής φροντίδας.

Με βάση τα δεδομένα της Φάσης 1, επιλέχθηκε η Έρευνα για τις Ανάγκες Φροντίδας Υγείας στη Φάση 2. Προσλήφθηκαν δεκατέσσερις ασθενείς (ποσοστό προσλήψεων: 56%). δεκατρείς (93%) ολοκλήρωσαν όλες τις αξιολογήσεις της μελέτης. Διεξήχθησαν σαράντα επισκέψεις σε κλινική ασθενή-κλινική. Κατά την έναρξη, αναφέρθηκαν συνολικά 219 ανεκπλήρωτες ανάγκες, με σημαντική μείωση 21% (T2) και 32% (T3). Οι βαθμολογίες σωματικής / καθημερινής ζωής και ψυχολογικού τομέα μειώθηκαν από T1 σε T3, αλλά όχι στατιστικά σημαντικές. Σε συνεντεύξεις εξόδου, οι ασθενείς περιέγραψαν τον τρόπο με τον οποίο το PROM τους βοήθησε να καταρτίσουν λίστα και να δώσουν προτεραιότητα στις ανάγκες τους. Το CNS υπογράμμισε τον τρόπο με τον οποίο το PROM τους βοήθησε να διδάξουν περισσότερα ζητήματα με τους ασθενείς απ 'ότι κανονικά. Οι εκτιμήσεις των αναγκών που έχουν οδηγήσει οι νοσηλευτές, οι οποίες βασίζονται στο PROM με ασθενείς με CRC φαίνεται να είναι εφικτές και αποδεκτές στην κλινική πρακτική, πιθανώς συνδέονται με σημαντική μείωση της συχνότητας των ανεκπλήρωτων αναγκών και μικρότερες μειώσεις στη σωματική / καθημερινή ζωή και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες στην άμεση μετα-χημειοθεραπευτική περίοδο (Kotronoulas et al., 2017).

Αρθρο 9ο

Sociocultural and health correlates related to colorectal cancer screening adherence among urban African Americans

Colorectal cancer (CRC) incidence and mortality are highest among African Americans. African Americans lag behind whites in CRC screening rates. Research has examined the role of CRC screening knowledge and beliefs and their relationship to CRC screening adherence. However, studies have not examined the effect cultural identity, social support, CRC beliefs, an informed decision, and having a chronic disease has on CRC screening among African Americans. This study examined CRC screening adherence among African Americans within the context of sociocultural variables, an informed decision, and health factors. A secondary data analysis was performed on survey data collected from 129 African American men and women. Social support and family influence were related to having a colonoscopy. Having diabetes was negatively related to having a colonoscopy. There was no relationship between having a primary care provider and making an informed decision about CRC screening. Religiosity and having a primary care provider predicted colonoscopy. The results indicate that certain sociocultural variables are related to colonoscopy. However, those same variables may not be related to or predictive of fecal occult blood test adherence. The diagnosis of diabetes may present a challenge to CRC screening adherence. The results of the study suggest that social support and family influence concerning CRC screening be assessed to provide additional support to colonoscopy adherence. The results also suggest that diabetic patients may require additional intervention to increase colonoscopy adherence rates (Brittain & Murphy, 2015).

Περίληψη

Οι κοινωνικοπολιτισμικές συσχετίσεις και οι συσχετίσεις υγείας που σχετίζονται με την προσκόλληση του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του παχέως εντέρου μεταξύ των αστικών Αφροαμερικανών

Η επίπτωση και η θνησιμότητα από τον καρκίνο του παχέως εντέρου (CRC) είναι υψηλότερη μεταξύ των Αφροαμερικανών. Οι Αφροαμερικανοί υστερούν σε σχέση με τους λευκούς όσον αφορά την διάγνωση του καρκίνου του παχέως εντέρου. Η έρευνα αυτή είχε ως στόχο να έχει εξετάσει το ρόλο των γνώσεων και των πεποιθήσεων για

τον έλεγχο του καρκίνου του παχέως εντέρου και τη σχέση τους με την προσκόλληση ως προς την διάγνωση της νόσου. Αυτή η μελέτη εξέτασε την προσκόλληση στην διάγνωση του καρκίνου του παχέως εντέρου στους Αφροαμερικανούς, στο πλαίσιο των κοινωνικοπολιτιστικών μεταβλητών, μιας τεκμηριωμένης απόφασης και των παραγόντων υγείας. Μια δευτερεύουσα ανάλυση δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε δεδομένα ερευνών που συλλέχθηκαν από 129 αφροαμερικάνους άνδρες και γυναίκες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κοινωνική υποστήριξη και η οικογενειακή επιρροή σχετίζονταν με μια εξέταση κολονοσκόπησης η οποία θα βοηθούσε στην έγκαιρη διάγνωση. Η ύπαρξη διαβήτη σχετίζεται αρνητικά με την κολονοσκόπηση. Δεν υπήρχε σχέση μεταξύ της ύπαρξης ενός παρόχου πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της λήψης τεκμηριωμένης απόφασης σχετικά με την εξέταση CRC. Θετικοί παράγοντες στην εξέταση κολονοσκόπησης και συνεπώς στην έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση ήταν η θρησκευτικότητα των ασθενών και η ύπαρξη ενός παρόχου πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ορισμένες κοινωνικοπολιτισμικές μεταβλητές σχετίζονται με την κολονοσκόπηση. Ωστόσο, αυτές οι ίδιες μεταβλητές μπορεί να μην σχετίζονται ή να προβλέπουν την προσκόλληση απόκρυφων εξετάσεων αίματος στα κόπρανα. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι η κοινωνική υποστήριξη και η οικογενειακή επιρροή όσον αφορά τη διάγνωση του καρκίνου του παχέως εντέρου πρέπει να εκτιμηθεί ώστε να παρέχει πρόσθετη υποστήριξη στην προσκόλληση της κολονοσκόπησης. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν επίσης ότι οι διαβητικοί ασθενείς μπορεί να χρειαστούν πρόσθετη παρέμβαση για να αυξήσουν τα ποσοστά προσκόλλησης της κολονοσκόπησης (Brittain & Murphy, 2015).

Άρθρο 10°

National Disparities in Colorectal Cancer Screening Among Obese Adults

Obesity is a major risk factor for colorectal cancer (CRC), particularly among men. The purpose of this study was to characterize the prevalence of guideline-adherent CRC screening among obese adults using nationally representative data, assess trends in screening strategies, and identify obesity-specific screening barriers. Data from 8,550 respondents aged 50-75 years in the 2010 National Health Interview Survey, representing >70 million adults, were analyzed in 2015 using multivariable logistic regression. Prevalence of guideline-adherent CRC screening, endoscopic versus fecal

occult blood test screening, and reasons for non-adherence were compared across BMI categories. Obese class III men ($BMI \geq 40$), compared with normal-weight men, were significantly less likely to be adherent to screening guidelines (38.7% vs 55.8%, $AOR=0.35$, 95% $CI=0.17, 0.75$); less likely to have used an endoscopic test (36.7% vs 53.0%, $AOR=0.37$, 95% $CI=0.18, 0.79$); and had a trend toward lower fecal occult blood test use (4.2% vs 8.9%, $AOR=0.42$, 95% $CI=0.14, 1.27$). Among women, odds of guideline adherence and use of different screening modalities were similar across all BMI categories. Reasons for non-adherence differed by gender and BMI; lacking a physician screening recommendation differed significantly among men (29.7% obese class III vs 15.4% non-obese, $p=0.04$), and pain/embarrassment differed significantly among women (11.6% obese class III vs 2.6% non-obese, $p=0.002$). Despite elevated risk, severely obese men were significantly under-screened for CRC. Addressing the unique screening barriers of obese adults may promote screening uptake and lessen disparities among the vulnerable populations most affected by obesity (Seibert et al., 2017).

Περίληψη

Εθνικές διαφορές στον έλεγχο του παχέος εντέρου μεταξύ των παχύσαρκων ενηλίκων

Η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα στους άνδρες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσει τον επιπολασμό προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του παχέος εντέρου μεταξύ των παχύσαρκων ενηλίκων χρησιμοποιώντας εθνικά αντιπροσωπευτικά δεδομένα, να αξιολογήσει τις τάσεις στις στρατηγικές διαλογής και να εντοπίσει τους φραγμούς διαλογής που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Τα στοιχεία από 8.550 ερωτηθέντες ηλικίας 50-75 ετών αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση. Τα αποτελέσματα την έρευνας έδειξαν ότι οι άνδρες με παχυσαρκία κατηγορίας III ($BMI \geq 40$), σε σύγκριση με τους άνδρες με κανονικό βάρος, ήταν πολύ λιγότερο πιθανό να είναι προσκολλημένοι στις κατευθυντήριες οδηγίες (38,7% έναντι 55,8%, $AOR = 0,35$, 95% $CI = 0,17, 0,75$) και ήταν λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιηθεί ενδοσκοπική εξέταση (36,7% έναντι 53,0%, $AOR = 0,37$, 95% $CI = 0,18, 0,79$). Μεταξύ των γυναικών, οι πιθανότητες προσκόλλησης στις κατευθυντήριες γραμμές και η χρήση διαφορετικών τρόπων εξέτασης ήταν παρόμοιες σε όλες τις κατηγορίες ΔΜΣ. Οι ερευνητές κατέληξαν στο

συμπέρασμα ότι οι λόγοι μη συμμόρφωσης διαφέρουν και καθορίζονται από παράγοντες όπως το φύλο και ο ΔΜΣ. (11,7% των παχύσαρκων κατηγοριών III έναντι 2,6% των μη παχύσαρκων, $p = 0,04$) και ο πόνος / αμηχανία διέφεραν σημαντικά μεταξύ των γυναικών (11,7% 0,002). Εν τέλει, η αντιμετώπιση των εμποδίων για την διάγνωση στους παχύσαρκους ενήλικες, μπορεί να προωθήσει την διάγνωση και να μειώσει τις ανισότητες μεταξύ των ευάλωτων πληθυσμών που πλήττονται περισσότερο από την παχυσαρκία (Seibert et al., 2017).

Άρθρο 11°

Application of fast track surgery in routine nursing for patient with colorectal cancer.

To investigate the clinical effect of fast track surgery (FTS) in perioperative nursing of colorectal cancer surgery. Background: In recent years, many complicated surgery began to develop in the direction of low invasion and short hospital time, which provides an unprecedented opportunity for the development of fast track surgery (FTS). According to different nursing measures, 156 cases of colorectal cancer patients treated in our hospital were divided into FTS nursing group (86 cases) and traditional nursing group (70 cases). FTS nursing care and traditional nursing care were respectively employed to analyze and compare postoperative recovery and complications of the two groups. FTS nursing group was significantly shorter than the traditional care group in terms of the first postoperative exhaust time, the first defecation time, the first eating time, ambulation time and postoperative hospital time, with statistical significance ($P < .05$); compared with the conventional nursing group, FTS group significantly had lower incidence of postoperative intestinal obstruction, lower limb vein thrombus formation and gastrointestinal discomfort, with statistical significance ($P < .05$); FTS group has less situations of nausea and vomiting, incision infection, pulmonary infection, urinary tract infection and anastomotic leakage compared to the conventional nursing group. FTS nursing can effectively promote the postoperative recovery of intestinal function for patients with colorectal cancer and reduce the occurrence of postoperative complications, which will relieve postoperative pain and shorten the length of stay, giving patients increased rehabilitation quality (Liu, 2017).

Περίληψη

Εφαρμογή της ταχείας χειρουργικής επέμβασης στη νοσηλευτική ρουτίνα για ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η διερεύνηση της κλινικής επίδρασης της χειρουργικής επέμβασης ταχείας επέμβασης (FTS) στην περιεγχειρητική νοσηλευτική χειρουργική του παχέος εντέρου. Τα τελευταία χρόνια, αρκετές πολύπλοκες χειρουργικές επεμβάσεις άρχισαν να αναπτύσσονται προς την κατεύθυνση της χαμηλής επεμβατικής φύσης και του σύντομου νοσοκομειακού χρόνου, γεγονός που παρέχει μια άνευ προηγουμένου ευκαιρία για την ανάπτυξη της ταχείας χειρουργικής επέμβασης (FTS). Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 156 περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου που υποβλήθηκαν σε θεραπεία στο νοσοκομείο και διαιρέθηκαν σε ομάδα νοσηλευτικής FTS (86 περιπτώσεις) και σε παραδοσιακή νοσηλευτική ομάδα (70 περιπτώσεις). Η FTS νοσηλευτική φροντίδα και η παραδοσιακή νοσηλευτική φροντίδα χρησιμοποιήθηκαν αντίστοιχα για την ανάλυση και σύγκριση της μετεγχειρητικής ανάκαμψης και των επιπλοκών των δύο ομάδων. Η ομάδα νοσηλευτικής FTS ήταν σημαντικά μικρότερη από την παραδοσιακή ομάδα φροντίδας όσον αφορά τον πρώτο μετεγχειρητικό χρόνο νοσηλείας, χαμηλότερα επίπεδα πόνου και εξάντλησης, αλλά και ταχύτερα επίπεδα επαναφοράς στις διατροφικές συνήθειες σε σύγκριση με τη συμβατική νοσηλευτική ομάδα. Επίσης, η ομάδα FTS είχε σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικής εντερικής απόφραξης, σχηματισμού θρόμβων κάτω άκρων και γαστρεντερικής δυσφορίας, με στατιστική σημασία ($P < .05$). Η ομάδα FTS έχει λιγότερα περιστατικά ναυτίας και εμέτου, λοίμωξης στην τομή, πνευμονική λοίμωξη, μόλυνση ουροφόρων οδών και διαρροή αναστομών σε σύγκριση με τη συμβατική νοσηλευτική ομάδα. Οι ερευνητές, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η νοσηλευτική φροντίδα FTS μπορεί να προωθήσει αποτελεσματικά την μετεγχειρητική αποκατάσταση της εντερικής λειτουργίας για ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου και να μειώσει την εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών, οι οποίες θα ανακουφίσουν τον μετεγχειρητικό πόνο και θα μειώσουν τη διάρκεια παραμονής, δίνοντας στους ασθενείς αυξημένη ποιότητα αποκατάστασης (Liu, 2017).

Από 12°

Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery.

The preoperative education, which occurs in preoperative patient consultations, is an important part of the surgical nurse's profession. These consultations may be the building blocks of a partnership that facilitates communication between patient and nurse. The aim of the study was to describe topics and structure and documentation in preoperative nursing consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer. The study was based on analysis of consultations between seven patients and nurses at a Swedish university hospital. The preplanned preoperative consultations were audio-recorded and transcribed verbatim. The structure of the consultations was described in terms of phases and the text was analysed according to a manifest content analysis. The consultations were structured on an agenda that was used variously and communicating different topics in an equally varied manner. Seven main topics were found: Health status, Preparation before surgery, Discovery, Tumour, Operation, Symptoms and Recovery after surgery. The topic structure disclosed a high number of subtopics. The main topics 'Discovery', 'Tumour' and 'Symptoms' were only raised by patients and occupied only 11% of the discursive space. Documentation was sparse and included mainly task-oriented procedures rather than patients' worries and concerns. There was no clear structure regarding preoperative consultation purpose and content. Using closed questions instead of open is a hindrance of developing a dialogue and thus patient participation. Preoperative consultation practice needs to be strengthened to include explicit communication of the consultations' purpose and agenda, with nurses actively discussing and responding to patients' concerns and sensitive issues. The results of the study facilitate the development of methods and structure to support person-centred communication where the patient is given space to get help with the difficult issues he/she may have when undergoing surgery (Pettersson et al., 2017).

Περίληψη

Θέματα και δομή σε προεγχειρητικές νοσηλευτικές διαβουλεύσεις με ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση ορθοκολικού καρκίνου.

Η προεγχειρητική εκπαίδευση, η οποία πραγματοποιείται στις προεγχειρητικές διαδικασίες συμβουλευτικής των ασθενών, αποτελεί σημαντικό μέρος του επαγγέλματος του νοσηλευτή. Η συμβουλευτική διαδικασία αποτελεί καταλυτικό παράγοντα και είναι επί της ουσίας τα δομικά στοιχεία μιας θεραπευτικής σχέσης που διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή. Σκοπός της μελέτης ήταν η περιγραφή των θεμάτων και της δομής και τεκμηρίωσης σε προεγχειρητικές νοσηλευτικές συμβουλευτικές συνεδρίες με ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του παχέος εντέρου. Η μελέτη βασίστηκε στην ανάλυση των συνεδριών μεταξύ επτά ασθενών και νοσηλευτών σε ένα σουηδικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Οι προκαταρκτικές προεγχειρητικές συνεδρίες καταγράφηκαν και μεταφράστηκαν κατά λέξη. Η δομή των συνεδριών περιγράφηκε με βάση τις φάσεις και το κείμενο αναλύθηκε σύμφωνα με την μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου. Επτά κύρια θέματα βρέθηκαν: η κατάσταση της υγείας, η προετοιμασία πριν από τη χειρουργική επέμβαση, η ανακάλυψη, ο όγκος, η λειτουργία, τα συμπτώματα και ανάκαμψη μετά από χειρουργική επέμβαση. Η δομή του θέματος αποκάλυψε έναν μεγάλο αριθμό υποτομέων. Τα βασικά θέματα «ανακάλυψη», «Όγκος» και «Συμπτώματα» αυξήθηκαν μόνο από τους ασθενείς και κατέλαβαν μόνο το 11% του διαλογικού χώρου. Η τεκμηρίωση ήταν αραιή και περιελάμβανε κυρίως διαδικασίες που βασίζονταν σε εργασίες και όχι ανησυχίες και ανησυχίες των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε σαφής δομή όσον αφορά τον σκοπό προεγχειρητικής συνεδρίας και το περιεχόμενο. Επίσης, η χρήση κλειστών ερωτήσεων αντί ανοιχτών είναι εμπόδιο στην ανάπτυξη διαλόγου και συνεπώς στη συμμετοχή των ασθενών. Οι ερευνητές τονίζουν ότι είναι απαραίτητο να ενισχυθεί η προεγχειρητική πρακτική των συνεδριών συμβουλευτικής υποστήριξης, έτσι ώστε να συζητούνται περισσότερο τα θέματα που απασχολούν τους ασθενείς και οι νοσηλευτές να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανησυχίες των ασθενών και στα ευαίσθητα θέματα. Τα αποτελέσματα της μελέτης διευκολύνουν την ανάπτυξη μεθόδων και δομών για την υποστήριξη επικοινωνίας με επίκεντρο τον άνθρωπο (Pettersson et al., 2017).

Άρθρο 13°

Understanding Cancer Worry Among Patients in a Community Clinic-Based Colorectal Cancer Screening Intervention Study

To reduce colorectal cancer (CRC) screening disparities, it is important to understand correlates of different types of cancer worry among ethnically diverse individuals. The current study examined the prevalence of three types of cancer worry (i.e., general cancer worry, CRC-specific worry, and worry about CRC test results) as well as sociodemographic and health-related predictors for each type of cancer worry. Participants were aged 50-75, at average CRC risk, nonadherent to CRC screening guidelines, and enrolled in a randomized controlled trial to increase CRC screening. Participants completed a baseline questionnaire assessing sociodemographics, health beliefs, healthcare experiences, and three cancer worry measures. Associations between study variables were examined with separate univariate and multivariable logistic regression models. Responses from a total of 416 participants were used. Of these, 47% reported experiencing moderate-to-high levels of general cancer worry. Predictors of general cancer worry were salience and coherence (aOR = 1.1, 95% CI [1.0, 1.3]), perceived susceptibility (aOR = 1.2, 95% CI [1.1, 1.3]), and social influence (aOR = 1.1, 95% CI [1.0, 1.1]). Fewer (23%) reported moderate-to-high levels of CRC-specific worry or CRC test worry (35%). Predictors of CRC worry were perceived susceptibility (aOR = 1.4, 95% CI [1.3, 1.6]) and social influence (aOR = 1.1, 95% CI [1.0, 1.2]); predictors of CRC test result worry were perceived susceptibility (aOR = 1.2, 95% CI [1.1, 1.3]) and marital status (aOR = 2.0, 95% CI [1.1, 3.7] for married/partnered vs. single and aOR = 2.3, 95% CI [1.3, 4.1] for divorced/widowed vs. single). Perceived susceptibility consistently predicted the three types of cancer worry, whereas other predictors varied between cancer worry types and in magnitude of association. The three types of cancer worry were generally predicted by health beliefs, suggesting potential malleability. Future research should include multiple measures of cancer worry and clear definitions of how cancer worry is measured (Christy et al., 2018).

Περίληψη

Κατανοώντας την ανησυχία για τον καρκίνο μεταξύ των ασθενών σε μια μελέτη παρέμβασης για τη συστηματική παρακολούθηση του καρκίνου του παχέως εντέρου με βάση την κλινική στην κοινότητα

Για να μειωθούν οι ανισότητες στην διάγνωση του καρκίνου του παχέως εντέρου είναι σημαντικό να εξεταστούν οι συσχετίσεις των διαφορετικών τύπων καρκίνου που προκαλούν ανησυχία μεταξύ των εθνολογικά διαφορετικών ατόμων. Η τρέχουσα μελέτη εξέτασε την επικράτηση τριών τύπων ανησυχίας για τον καρκίνο (δηλ. Τη γενική ανησυχία για τον καρκίνο, την ανησυχία που σχετίζεται με τον καρκίνο του παχέως εντέρου και την ανησυχία για τα αποτελέσματα των εξετάσεων του καρκίνου του παχέως εντέρου, καθώς και τους κοινωνικοδημογραφικούς και τους σχετικούς με την υγεία παράγοντες πρόβλεψης για κάθε είδος ανησυχίας για τον καρκίνο. Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας 50-75 ετών, με μέσο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέως εντέρου, μη προσκολλημένοι στις κατευθυντήριες γραμμές ελέγχου και συμμετείχαν σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή για την αύξηση της ανίχνευσης της νόσου. Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν ένα βασικό ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων, των πεποιθήσεων για την υγεία, των εμπειριών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των τριών μέτρων αντιμετώπισης του καρκίνου. Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών μελέτης εξετάστηκαν με ξεχωριστά μοντέλα μη μεταβλητής και πολυπαραγοντικής λογικής παλινδρόμησης. Εξετάστηκαν απαντήσεις από συνολικά 416 συμμετέχοντες. Από αυτά, 47% ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν μέτρια έως υψηλά επίπεδα γενικής ανησυχίας για τον καρκίνο. Οι προγνωστικοί παράγοντες της γενικής ανησυχίας για τον καρκίνο ήταν η σοβαρότητα και η συνοχή (aOR = 1,1, 95% CI [1,0, 1,3]), η αντιληπτή ευαισθησία (aOR = 1,2, 95% CI [1,1,1,3] CI [1,0, 0,1]). Ένα μικρότερο ποσοστό, (23%) ανέφερε συγκρατημένα έως υψηλά επίπεδα ανησυχίας για το συγκεκριμένο τύπο καρκίνου ή ανησυχία για την εξέταση ανίχνευσης του καρκίνου του παχέως εντέρου (35%). Σημαντικοί παράγοντες ήταν η ανησυχία και η ευαισθησία, αλλά και η κοινωνική επιρροή και η οικογενειακή κατάσταση. Η αντιληπτή ευαισθησία προέβλεπε σταθερά τους τρεις τύπους ανησυχιών για τον καρκίνο, ενώ άλλοι προγνωστικοί παράγοντες διέφεραν μεταξύ των τύπων ανησυχίας για τον καρκίνο και του μεγέθους της συσχέτισης. Οι τρεις τύποι ανησυχίας για τον καρκίνο γενικά προβλεπόταν από τις πεποιθήσεις υγείας. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να περιλαμβάνει πολλαπλά μέτρα ανησυχίας για τον καρκίνο και σαφείς ορισμούς για τον τρόπο με τον οποίο μετριέται η ανησυχία του καρκίνου (Christy et al., 2018)

Άρθρο 14^ο

The “sphere of care”: A qualitative study of colorectal cancer patient and caregiver experiences of support within the cancer treatment setting

Colorectal cancer is associated with considerable physical and psychosocial burden. Whilst social support is known to facilitate psychological adjustment to cancer, patients’ and caregivers’ experiences of social support within a treatment setting and their perceptions of the role of the treating team in providing this support is unknown. Specifically, there is a gap in the research that explores in detail who people affected by colorectal cancer consider to be supportive, and the function, timing and nature of this support, whilst receiving treatment. This study explored both patients’ and caregivers’ a) experiences of social support and how this relates to their experience of treatment; and b) what facilitates support in the treatment setting. Individual interviews (N = 20) were conducted with patients diagnosed with colorectal cancer and caregivers of such patients. Audiotaped interviews were transcribed verbatim and analysed using the framework method. Three major themes emerged from the data: a) treating team as a source of support, highlighting the importance of connection with the treating team; b) changes in existing social supports, encompassing issues regarding distance in interpersonal relationships as a consequence of cancer; and c) differing dimensions of support, exploring the significance of shared experience, practical, financial, and emotional support. Patients and caregivers perceived the treating team as a major source of support. Support from the treating team was particularly important in the context of the changes that occur as a result of a diagnosis of colorectal cancer and the effects of subsequent treatment. Incidental support from others encountered in the treatment setting was also experienced and was equally important to both patients and caregivers. This has implications for the way health care professionals respond to both patients and caregivers in the treatment setting in terms of communication, interventions and environment (Law et al., 2018).

Περίληψη

Η «σφαίρα περίθαλψης»: Μια ποιοτική μελέτη των ασθενών που υποφέρουν από καρκίνο του παχέος εντέρου και των φροντιστών της υποστήριξης στο πλαίσιο της θεραπείας για τη θεραπεία του καρκίνου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου συνδέεται με σημαντικό σωματικό και ψυχοκοινωνικό βάρος. Παρόλο που είναι γνωστό ότι η κοινωνική υποστήριξη

διευκολύνει την ψυχολογική προσαρμογή στον καρκίνο, οι εμπειρίες των ασθενών και των φροντιστών κοινωνικής υποστήριξης μέσα σε ένα περιβάλλον θεραπείας και οι αντιλήψεις τους για το ρόλο της θεραπευτικής ομάδας στην παροχή αυτής της υποστήριξης είναι άγνωστες. Συγκεκριμένα, υπάρχει ένα κενό στην έρευνα που διερευνά λεπτομερώς ποιοι άνθρωποι που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου θεωρούν ότι είναι υποστηρικτικοί, καθώς και τη λειτουργία, το χρονοδιάγραμμα και τη φύση αυτής της υποστήριξης, ενώ λαμβάνουν θεραπεία. Αυτή η μελέτη διερεύνησε τόσο τους ασθενείς όσο και τους φροντιστές με στόχο να εντοπιστούν α) εμπειρίες κοινωνικής υποστήριξης και πώς αυτές σχετίζονται με την εμπειρία τους από τη θεραπεία. και β) τι διευκολύνει την υποστήριξη στο περιβάλλον θεραπείας. Για τους σκοπούς της έρευνας αυτής, ατομικές συνεντεύξεις (N = 20) διεξήχθησαν με ασθενείς που είχαν διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου και τους φροντιστές τους. Οι μαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις μεταγράφηκαν κατά λέξη και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου. Από την ανάλυση αυτή των δεδομένων, προέκυψαν τρία κύρια θέματα: α) η αντιμετώπιση της ομάδας ως πηγής υποστήριξης, υπογραμμίζοντας τη σημασία της σύνδεσης με την ομάδα θεραπείας, β) οι αλλαγές στις υπάρχουσες κοινωνικές υποστηρίξεις, που περιλαμβάνουν ζητήματα σχετικά με την απόσταση στις διαπροσωπικές σχέσεις ως συνέπεια του καρκίνου. και γ) διαφορετικές διαστάσεις υποστήριξης, διερευνώντας τη σημασία της κοινής εμπειρίας, την πρακτική, οικονομική και συναισθηματική υποστήριξη. Οι ασθενείς και οι φροντιστές αντιλήφθηκαν την ομάδα θεραπείας ως σημαντική πηγή υποστήριξης. Η υποστήριξη από την ομάδα θεραπείας ήταν ιδιαίτερα σημαντική στο πλαίσιο των αλλαγών που συμβαίνουν ως αποτέλεσμα της διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου και των επιπτώσεων της μετέπειτα θεραπείας. Η τυχαία υποστήριξη από άλλους που συναντήθηκαν στο περιβάλλον θεραπείας ήταν επίσης έμπειρη και ήταν εξίσου σημαντική τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους φροντιστές. Αυτό έχει συνέπειες για τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας ανταποκρίνονται τόσο στους ασθενείς όσο και στους φροντιστές στο περιβάλλον θεραπείας όσον αφορά την επικοινωνία, τις παρεμβάσεις και το περιβάλλον (Law et al., 2018)

Άρθρο 15°

Peristomal Moisture-Associated Skin Damage and Independence in Pouching System Changes in Persons With New Fecal Ostomies

The purpose of this study was to evaluate factors related to peristomal moisture-associated skin damage (MASD) in patients who underwent ostomy surgery because of colorectal cancer, and their independence in pouching system changes. Findings were used to determine pre- and postsurgical care for these patients. Retrospective review of medical records. The study setting was an 800-bed hospital in metropolitan Tokyo, Japan. The sample comprised 89 patients (median age: 65 years; male vs female: 58 vs 31) who visited a stoma clinic within 8 weeks of ostomy surgery. Fifty-two subjects had ileostomies and 37 had colostomies; data were collected between January 2008 and July 2014. Data were collected from outpatient and inpatient records. Potential relationships between MASD and independence in pouching system changes were evaluated via univariate tests to identify possible associations, followed by logistic regression analysis. Patients living with an ileostomy were more likely to experience peristomal MASD than were patients living with a colostomy (odds ratio [OR] = 3.782; 95% confidence interval [CI]: 1.34-10.64; $P = .012$). Analysis also found that patients with postsurgical chemotherapy were more than 2.5 times more likely to experience peristomal MASD than patients who did not require postoperative chemotherapy (OR = 2.702; 95% CI: 1.02-7.18; $P = .046$). We also found that patients 65 years or older were significantly more likely to have difficulty in changing their pouching system than were younger patients (OR = 7.193; 95% CI: 2.21-23.41; $P = .001$), as were those with diabetes mellitus (OR = 11.842; 95% CI: 2.56-54.77; $P = .002$). Patients undergoing ileostomy and those receiving postoperative chemotherapy are more likely to experience peristomal MASD. Older patients (>65 years) and those with diabetes mellitus are less likely to achieve independence. These findings influenced our management of persons undergoing ostomy surgery for management of colorectal cancer in our clinic. We recommend additional research using a larger and more diverse sample to confirm our findings (Nagano et al., 2019).

Περίληψη

Περιτοματική ενυδάτωση που σχετίζεται με την καταστροφή του δέρματος και ανεξαρτησία στο σύστημα εμβολιασμού - Μεταβολές σε άτομα με νέα στομία για περιπτώματα

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τους παράγοντες που σχετίζονται με την περιστασιακή βλάβη του δέρματος που σχετίζεται με την υγρασία (MASD) σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση ορθοστατικής αιτιολογίας λόγω καρκίνου του παχέος εντέρου και την ανεξαρτησία τους στη μεταβολή των συστημάτων. Τα ευρήματα χρησιμοποιήθηκαν για τον προσδιορισμό της προ- και της μετεγχειρητικής φροντίδας για αυτούς τους ασθενείς. Για να ολοκληρωθεί η έρευνα πραγματοποιήθηκε αναδρομική αναθεώρηση των ιατρικών αρχείων. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα νοσοκομείο 800 κλινών στο Τόκιο της Ιαπωνίας. Το δείγμα περιελάμβανε 89 ασθενείς (μέση ηλικία: 65 έτη, αρσενικό έναντι θηλυκό: 58 έναντι 31) πουπραγματοποίησαν κλινική στόματος εντός 8 εβδομάδων από χειρουργική επέμβαση οστομίας. Πενήντα δύο άτομα είχαν ιλεοστομία και 37 είχαν κολοστομία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μεταξύ Ιανουαρίου 2008 και Ιουλίου 2014 από τα αρχεία εξωτερικών ασθενών και νοσηλευτών. Οι δυνητικές σχέσεις μεταξύ του MASD και της ανεξαρτησίας στις αλλαγές του συστήματος των περυγίων αξιολογήθηκαν με μονομεταβλητές δοκιμές για τον εντοπισμό ενδεχόμενων συσχετίσεων, ακολουθούμενες από ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης. Οι ασθενείς που ζουν με ιλεοστομία είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν περιστοματική MASD από ότι οι ασθενείς που ζούσαν με κολοστομία (λόγος πιθανότητας [OR] = 3.782, διάστημα εμπιστοσύνης 95% [CI]: 1.34-10.64, P = .012). Η ανάλυση έδειξε επίσης ότι οι ασθενείς με μετεγχειρητική χημειοθεραπεία ήταν περισσότερο από 2,5 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν περιστοματική MASD από ασθενείς που δεν χρειάζονται μετεγχειρητική χημειοθεραπεία (OR = 2.702, 95% CI: 1.02-7.18, P = .046). Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω είχαν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν δυσκολία στην αλλαγή του συστήματος πτύχωσής τους από ό, τι οι νεότεροι ασθενείς (OR = 7.193, 95% CI: 2.21-23.41, P = .001), όπως και αυτοί με σακχαρώδη διαβήτη (OR = 11.842, 95% CI: 2.56-54.77, P = .002). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ειλεοτομή και εκείνοι που λαμβάνουν μετεγχειρητική χημειοθεραπεία είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν περιστοματική MASD. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς (> 65 ετών) και οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είναι λιγότερο πιθανό να επιτύχουν την ανεξαρτησία τους. Αυτά τα ευρήματα επηρέασαν τη διαχείριση των ατόμων που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση οστομίας για τη διαχείριση του καρκίνου του παχέος εντέρου στην κλινική (Nagano et al., 2019).

Από 16°

A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum

Purpose: Gaining a clear understanding of the health needs and concerns of people with cancer of the colon and/or rectum can help identify ways to offer a comprehensive care package. Our aim was to systematically assess the relevant literature and synthesise current available evidence.

Methods: A systematic review was conducted according to the PRISMA Statement guidelines. Five electronic databases were searched to identify studies employing qualitative and/or quantitative methods. Pre-specified selection criteria were applied to all retrieved records. Findings were integrated in a narrative synthesis.

Results: Of 3709 references initially retrieved, 54 unique studies were retained. A total of 136 individual needs were identified and classified into eight domains. Just over half of the needs (70; 51%) concerned information/education or health system/patient-clinician communication issues. Emotional support and reassurance when trying to deal with fear of cancer recurrence featured as the most prominent need regardless of clinical stage or phase of treatment. Information about diet/nutrition and about long-term self-management of symptoms and complications at home; tackling issues relating to the quality and mode of delivery of health-related information; help with controlling fatigue; and on-going contact with a trustworthy health professional also featured as salient needs. Available research evidence is of moderate-to-good quality.

Conclusions: Investing time to sensitively inquire about the supportive care needs of this patient population is key, whilst evaluating and re-shaping clinical interactions based on patients' priorities is equally essential. The diverse needs identified require a multi-professional and multi-agency approach to ensure unmet needs are addressed or measures offered.

Περίληψη

Μια συστηματική ανασκόπηση των αναγκών υποστήριξης των ατόμων που ζουν με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και / ή του ορθού

Σκοπός: Η κατανόησης των αναγκών υγείας και των ανησυχιών των ατόμων με καρκίνο του παχέος εντέρου ή / και του ορθού μπορεί να βοηθήσει στον σχεδιασμό

ενός ολοκληρωμένου πακέτου φροντίδας. Στόχος είναι να αξιολογούμε συστηματικά τη σχετική βιβλιογραφία και να συνθέτουμε τα υπάρχοντα διαθέσιμα στοιχεία.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση σύμφωνα με τις οδηγίες της διαδικασίας PRISMA. Πραγματοποιήθηκαν πέντε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων για τον προσδιορισμό μελετών που χρησιμοποιούν ποιοτικές και / ή ποσοτικές μεθόδους. Προκαθορισμένα κριτήρια επιλογής εφαρμόστηκαν σε όλες τις ανακτημένες εγγραφές. Τα ευρήματα ενσωματώθηκαν σε μια αφηγηματική σύνθεση.

Αποτελέσματα: Από 3709 αναφορές που ανακτήθηκαν αρχικά, διατηρήθηκαν 54 μοναδικές μελέτες. Συνολικά 136 ατομικές ανάγκες εντοπίστηκαν και ταξινομήθηκαν σε οκτώ τομείς. Ακριβώς πάνω από τις μισές ανάγκες (70,51%) αφορούσαν θέματα επικοινωνίας / εκπαίδευσης ή του συστήματος υγείας και της σχέσης ασθενούς-ιατρού. Η συναισθηματική υποστήριξη και διαβεβαίωση αντιμετώπισης του φόβου της υποτροπής του καρκίνου χαρακτηρίζεται ως η πιο εξέχουσα ανάγκη ανεξάρτητα από το κλινικό στάδιο ή τη φάση της θεραπείας. Πληροφορίες σχετικά με τη διατροφή και τη μακροχρόνια αυτοδιαχείριση των συμπτωμάτων και των επιπλοκών στο σπίτι, αντιμετώπιση θεμάτων που σχετίζονται με την ποιότητα και τον τρόπο ανάκτησης πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία, βοήθεια για τον έλεγχο της κόπωσης και η συνεχής επαφή με έναν αξιόπιστο επαγγελματία υγείας χαρακτηρίζεται επίσης ως εμφανείς ανάγκες. Τα διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία είναι μέτριας έως καλής ποιότητας.

Συμπεράσματα: Η διερεύνηση των αναγκών υποστηρικτικής φροντίδας αυτού του πληθυσμού ασθενών είναι βασικός, ενώ η αξιολόγηση και η αναμόρφωση των κλινικών αλληλεπιδράσεων με βάση τις προτεραιότητες των ασθενών είναι εξίσου απαραίτητη. Οι ποικίλες ανάγκες που εντοπίζονται απαιτούν μια πολυ-επαγγελματική και πολυ-αντιπροσωπευτική προσέγγιση για να διασφαλιστεί ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες καλύπτονται επαρκώς (Kotronoulas et al., 2017).

Άρθρο 17^ο

Everyday Life After Colon Cancer: The Visible and Invisible Challenges

Background: There is little research regarding how everyday life is affected by colon cancer treatment. Few studies exist that exclusively examine patients with Dukes C colon cancer. Most studies include other types of bowel cancer and different stages.

Objectives: The aims of this study were to explore and describe how colon cancer survivors experience everyday life in general and sexuality in particular after treatment of Dukes C colon cancer.

Methods: The study is exploratory and descriptive and uses semistructured interviews to collect data. Nine participants were interviewed regarding their everyday lives up until 2 years after concluded treatment. The analysis was done using Graneheim and Lundman's method of content-analysis.

Results: Bodily changes are a consequence of colon cancer. Exhaustion, colon problems, and visible bodily changes are some of the challenges that survivors are faced with. Socializing with friends was different, and work had to be facilitated. Social networks proved to be a good support, and spouses were considered to be the most important source of social support. Sexual challenges were experienced by men and women alike.

Conclusion: Participants experience changes in day-to-day life after cancer treatment. Social networks and the participants' own coping strategies are key to shaping everyday life after treatment.

Implication for practice: It is crucial that healthcare professionals have a holistic view of patients. Both partners and physical activity were identified as an integral part of coping. Seniors are often less active, and some have lost their spouses, it is therefore especially important to examine this demographic. A survey before and after treatment can help optimize rehabilitation.

Περίληψη

Καθημερινή ζωή μετά από καρκίνο του παχέος εντέρου: Οι ορατές και αόρατες προκλήσεις

Ιστορικό: Υπάρχει λίγη έρευνα σχετικά με το πώς η καθημερινή ζωή επηρεάζεται από τη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου. Λίγες μελέτες υπάρχουν που εξετάζουν αποκλειστικά ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου Dukes C. Οι περισσότερες μελέτες περιλαμβάνουν άλλους τύπους καρκίνου του εντέρου και διαφορετικά στάδια.

Στόχοι: Οι στόχοι αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσουν και να περιγράψουν πώς οι επιζώντες από καρκίνο του παχέος εντέρου βιώνουν την καθημερινή ζωή γενικά και τη σεξουαλικότητα ιδίως μετά τη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου Dukes C.

Μέθοδοι: Η μελέτη είναι διερευνητική και περιγραφική και χρησιμοποιεί ημιδομημένες συνεντεύξεις για τη συλλογή δεδομένων. Εννέα συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με την καθημερινή τους ζωή έως και 2 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Η ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας τη μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου των Graneheim και Lundman.

Αποτελέσματα: Οι σωματικές αλλαγές είναι συνέπεια του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η εξάντληση, τα προβλήματα του παχέος εντέρου και οι ορατές σωματικές αλλαγές είναι μερικές από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επιζώντες. Η κοινωνικοποίηση με φίλους ήταν διαφορετική και η δουλειά έπρεπε να διευκολυνθεί. Τα κοινωνικά δίκτυα αποδείχθηκαν καλή υποστήριξη και οι σύζυγοι θεωρήθηκαν ως η πιο σημαντική πηγή κοινωνικής υποστήριξης. Σεξουαλικές προκλήσεις αντιμετωπίστηκαν τόσο από άνδρες όσο και από γυναίκες.

Συμπέρασμα: Οι συμμετέχοντες βιώνουν αλλαγές στην καθημερινή ζωή μετά τη θεραπεία του καρκίνου. Τα κοινωνικά δίκτυα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης των συμμετεχόντων είναι το κλειδί για τη διαμόρφωση της καθημερινής ζωής μετά τη θεραπεία.

Επιπτώσεις στην πρακτική: Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας να έχουν μια ολιστική άποψη των ασθενών. Τόσο οι σύντροφοι, όσο και η σωματική δραστηριότητα αναγνωρίστηκαν ως αναπόσπαστο μέρος της αντιμετώπισης. Οι ηλικιωμένοι είναι συχνά λιγότερο δραστήριοι και μερικοί έχουν χάσει τους συζύγους τους, επομένως είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εξεταστεί αυτό το δημογραφικό φαινόμενο. Μια έρευνα πριν και μετά τη θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στη βελτιστοποίηση της αποκατάστασης (Stuhlfauth et al., 2018).

Άρθρο 18°

The Determinants of Palliative Care Use in Patients With Colorectal Cancer: A National Study

Background: Palliative care is associated with improved survival and quality of life, but its use among patients with colorectal cancer varies nationwide and the determinants of those variations are not clear.

Objective: To determine the factors associated with palliative care use among patients who died of colorectal cancer.

Methods: Deceased patients treated for colorectal cancer (2004-2013) were identified within the National Cancer Database. Multivariable logistic regression was used to evaluate patient and institutional characteristics associated with palliative care use. Patients were classified based on their length of survival (<6 months, 6-24 months, and 24+ months) to provide timing context.

Results: A total of 287 923 patients were analyzed. Overall, 4.3% of the patients received palliative care. Patients who received palliative care were more likely to be younger, recently diagnosed, treated at academic hospitals, and have stage IV disease. Patients living in Mountain and Pacific regions had higher odds of palliative care receipt than those in the East Coast. Patients without insurance had higher odds of palliative care if they survived <24 months. Insurance coverage through Medicaid was associated with increased palliative care use among patients who survived 6 to 24 months. Patients who survived <6 months and lived >9 miles from the institution received more palliative care.

Conclusion: Palliative care use among patients with colorectal cancer is associated with a younger age, a more recent year of diagnosis, insurance status, academic hospitals, and living in Mountain and Pacific regions.

Περίληψη

Οι καθοριστικοί παράγοντες της εφαρμογής παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου: Μια εθνική μελέτη

Ιστορικό: Η παρηγορητική φροντίδα σχετίζεται με βελτιωμένη επιβίωση και ποιότητα ζωής, αλλά η χρήση της σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου ποικίλλει σε εθνικό επίπεδο και οι καθοριστικοί παράγοντες αυτών των παραλλαγών δεν είναι σαφείς.

Στόχος: Προσδιορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με τη χρήση παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς που πέθαναν από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Μέθοδοι: Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για καρκίνο του παχέος εντέρου (2004-2013) εντοπίστηκαν στην Εθνική Βάση Καρκίνου. Χρησιμοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση για την αξιολόγηση των ασθενών και των ιδρυμάτων που σχετίζονται με τη χρήση παρηγορητικής φροντίδας. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν με βάση τη διάρκεια επιβίωσής τους (<6 μήνες, 6-24 μήνες και 24+ μήνες).

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν συνολικά 287.923 ασθενείς. Συνολικά, 4,3% των ασθενών έλαβαν παρηγορητική φροντίδα. Οι ασθενείς που έλαβαν παρηγορητική φροντίδα ήταν πιθανότερο να είναι νεότεροι, διαγνώστηκαν πρόσφατα, υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε τριτοβάθμια νοσοκομεία και είχαν νόσο σταδίου IV. Οι ασθενείς χωρίς ασφάλιση είχαν υψηλότερες πιθανότητες ανακουφιστικής φροντίδας εάν επιζούσαν <24 μηνών. Η ασφαλιστική κάλυψη μέσω του Medicaid συσχετίστηκε με αυξημένη χρήση παρηγορητικής φροντίδας μεταξύ ασθενών που επέζησαν 6 έως 24 μηνών. Οι ασθενείς που επέζησαν <6 μήνες και έζησαν > 9 μίλια από το ίδρυμα έλαβαν περισσότερη ανακουφιστική φροντίδα.

Συμπέρασμα: Η χρήση παρηγορητικής φροντίδας μεταξύ ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου σχετίζεται με νεότερη ηλικία, πιο πρόσφατο έτος διάγνωσης, κατάσταση ασφάλισης, τριτοβάθμιας νοσοκομεία και τη διαβίωση σε κοντινές στο νοσοκομείο αποστάσεις (Colibaseanu et al., 2018).

Άρθρο 19^ο

Timing of Palliative Care in Colorectal Cancer Patients: Does It Matter?

Background: Palliative care can improve end-of-life care and reduce health care expenditures, but the optimal timing for initiation remains unclear. We sought to characterize the association between timing of palliative care, in-hospital deaths, and health care costs.

Methods: This is a retrospective cohort study including all patients who were diagnosed and died of colorectal cancer between 2004 and 2012 in Manitoba, Canada. The primary exposure was timing of palliative care, defined as no involvement, late involvement (less than 14 d before death), early involvement (14 to 60 d before death), and very early involvement (>60 d before death). The primary outcome was in-hospital deaths and end-of-life health care costs.

Results: A total of 1607 patients were included; 315 (20%) received palliative care and 162 (10%) died in hospital. Compared to those who did not receive palliative care, patients with early and very early involvement experienced significantly decreased odds of dying in hospital (OR 0.21 95% CI 0.06-0.69 P = 0.01 and OR 0.11 95% CI 0.01-0.78 P = 0.03, respectively) and significantly lower health care costs. There were no significant differences in in-hospital deaths and health care costs between patients without palliative care and those who received late palliative care.

Conclusions: Early palliative care involvement is associated with decreased odds of dying in hospital and lower health care utilization and costs in patients with colorectal cancer. These findings provide real-world evidence supporting early integration of palliative care, although the optimal timing (early versus very early) remains a matter of debate.

Περίληψη

Χρόνος παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου: Έχει σημασία;

Ιστορικό: Η παρηγορητική φροντίδα μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής και να μειώσει τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη, αλλά ο βέλτιστος χρόνος έναρξης παραμένει ασαφής. Επιδιώξαμε να χαρακτηρίσουμε τη σχέση μεταξύ του χρονισμού της παρηγορητικής περίθαλψης, των θανάτων στο νοσοκομείο και του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης.

Μέθοδοι: Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη κοόρτης που περιλαμβάνει όλους τους ασθενείς που είχαν διαγνωστεί και πέθαναν από καρκίνο του παχέος εντέρου μεταξύ 2004 και 2012 στη Μανιτόμπα του Καναδά. Η κύρια έκθεση ήταν ο χρόνος ενσωμάτωσης της παρηγορητικής φροντίδας, οριζόμενος ως καθυστερημένος (λιγότερο από 14 ημέρες πριν από το θάνατο), πρώιμος (14 έως 60 ημέρες πριν από το θάνατο) και πολύ πρώιμος (> 60 ημέρες πριν από το θάνατο). Το κύριο αποτέλεσμα ήταν οι θάνατοι στο νοσοκομείο και το κόστος υγειονομικής περίθαλψης στο τέλος του κύκλου ζωής τους.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 1607 ασθενείς. 315 (20%) έλαβαν παρηγορητική φροντίδα και 162 (10%) πέθαναν στο νοσοκομείο. Σε σύγκριση με εκείνους που δεν έλαβαν παρηγορητική φροντίδα, οι ασθενείς με πρώιμη και πολύ πρώιμη εμπλοκή παρουσίασαν σημαντικά μειωμένες πιθανότητες θανάτου στο νοσοκομείο (OR 0,21 95% CI 0,06-0,69 P = 0,01 και OR 0,11 95% CI 0,01-0,78 P = 0,03, αντίστοιχα) και σημαντικά χαμηλότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στους θανάτους στο νοσοκομείο και στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ ασθενών χωρίς παρηγορητική φροντίδα και εκείνων που έλαβαν καθυστερημένη παρηγορητική περίθαλψη.

Συμπεράσματα: Η ενσωμάτωση της πρώιμης παρηγορητικής φροντίδας σχετίζεται με μειωμένες πιθανότητες θανάτου στο νοσοκομείο και χαμηλότερη χρήση των υπηρεσιών της υγειονομικής περίθαλψης και χαμηλότερο κόστος σε ασθενείς με

καρκίνο του παχέος εντέρου. Αυτά τα ευρήματα παρέχουν στοιχεία που υποστηρίζουν την έγκαιρη ενσωμάτωση της ανακουφιστικής φροντίδας, αν και ο βέλτιστος χρόνος (νωρίς έναντι πολύ νωρίς) παραμένει θέμα συζήτησης (Delisle et al., 2019).

Άρθρο 20^ο

Long-term use of antibiotics and risk of colorectal adenoma

Objective: Recent evidence suggests that antibiotic use, which alters the gut microbiome, is associated with an increased risk of colorectal cancer. However, the association between antibiotic use and risk of colorectal adenoma, the precursor for the majority of colorectal cancers, has not been investigated.

Design: We prospectively evaluated the association between antibiotic use at age 20-39 and 40-59 (assessed in 2004) and recent antibiotic use (assessed in 2008) with risk of subsequent colorectal adenoma among 16 642 women aged ≥ 60 enrolled in the Nurses' Health Study who underwent at least one colonoscopy through 2010. We used multivariate logistic regression to calculate ORs and 95% CIs.

Results: We documented 1195 cases of adenoma. Increasing duration of antibiotic use at age 20-39 (ptrend=0.002) and 40-59 (ptrend=0.001) was significantly associated with an increased risk of colorectal adenoma. Compared with non-users, women who used antibiotics for ≥ 2 months between age 20 and 39 had a multivariable OR of 1.36 (95% CI 1.03 to 1.79). Women who used ≥ 2 months of antibiotics between age 40 and 59 had a multivariable OR of 1.69 (95% CI 1.24 to 2.31). The associations were similar for low-risk versus high-risk adenomas (size ≥ 1 cm, or with tubulovillous/villous histology, or ≥ 3 detected lesions), but appeared modestly stronger for proximal compared with distal adenomas. In contrast, recent antibiotic use within the past four years was not associated with risk of adenoma (ptrend=0.44).

Conclusions: Long-term antibiotic use in early-to-middle adulthood was associated with increased risk of colorectal adenoma.

Περίληψη

Μακροχρόνια χρήση αντιβιοτικών και κίνδυνος παχέος εντέρου

Στόχος: Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι η χρήση αντιβιοτικών, η οποία μεταβάλλει το μικροβίωμα του εντέρου, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος

εντέρου. Ωστόσο, η συσχέτιση μεταξύ της χρήσης αντιβιοτικών και του κινδύνου αδενώματος του παχέος εντέρου, δεν έχει διερευνηθεί.

Σχεδιασμός: Αξιολογήθηκε προοπτικά τη σχέση μεταξύ της χρήσης αντιβιοτικών σε ηλικία 20-39 και 40-59 ετών (αξιολογήθηκε το 2004) και της πρόσφατης χρήσης αντιβιοτικών (εκτιμήθηκε το 2008) με κίνδυνο επακόλουθου αδενώματος του παχέος εντέρου μεταξύ 16.642 γυναικών ηλικίας ≥ 60 που υποβλήθηκαν σε τουλάχιστον μία κολονοσκόπηση έως το 2010. Χρησιμοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση για να υπολογίσουμε OR και 95% CI.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 1195 περιπτώσεις αδενώματος. Η αύξηση της διάρκειας χρήσης αντιβιοτικών σε ηλικία 20-39 ετών (ptrend = 0,002) και 40-59 (ptrend = 0,001) συσχετίστηκε σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο αδενώματος του παχέος εντέρου. Σε σύγκριση με τους μη χρήστες, οι γυναίκες που χρησιμοποίησαν αντιβιοτικά για ≥ 2 μήνες μεταξύ της ηλικίας των 20 και 39 είχαν πολύ μεταβλητή OR 1,36 (95% CI 1,03 έως 1,79). Οι γυναίκες που χρησιμοποίησαν αντιβιοτικά ≥ 2 μηνών μεταξύ 40 και 59 ετών είχαν πολυμεταβλητή OR 1,69 (95% CI 1,24 έως 2,31). Οι συσχετίσεις ήταν παρόμοιες για αδενώματα χαμηλού κινδύνου έναντι υψηλού κινδύνου (μέγεθος ≥ 1 cm, ή με ιστολογία φλεγμονώδους βλάβης), αλλά εμφανίστηκαν μετρίως ισχυρότερες για εγγύς σε σύγκριση με τα περιφερικά αδενώματα. Αντιθέτως, η πρόσφατη χρήση αντιβιοτικών τα τελευταία τέσσερα χρόνια δεν συσχετίστηκε με τον κίνδυνο αδενώματος (ptrend = 0,44).

Συμπεράσματα: Η μακροχρόνια χρήση αντιβιοτικών στην αρχή έως τη μέση ενήλικη ζωή συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο αδενώματος του παχέος εντέρου (Cao et al., 2018).

Άρθρο 21^ο

Sexual Function in Women with Colorectal/Anal Cancer

Background: Treatments for colorectal and anal cancers can have a detrimental impact on sexual function. Type of treatment, which may include surgery, radiation, and/or chemotherapy, varies by disease site and severity. Treatment and long-term side effects can impact sexual function and intimacy for patients and their partners.

Aim: To review the literature regarding treatment for colorectal/anal cancer and its impact on female sexual function, and to provide an assessment of medical outcomes

and patient-reported outcomes (PROs) of women with a history of colon, rectal, or anal cancer seeking sexual health treatment.

Methods: We performed a PubMed search to identify peer-reviewed, English-language articles published between 2008 to 2018, using the following search terms: "colorectal cancer," or "rectal cancer," or "anal cancer" and "sexual function," or "sexual dysfunction." We also assessed the medical outcomes and PROs from our recent cross-sectional cohort study of 99 women with a history of colon, rectal, or anal cancer seeking sexual health treatment.

Main outcome measures: Sexual function, quality of life, and PROs after colorectal/anal cancer.

Results: A total of 23 studies were identified. Study designs included 15 cross-sectional survey studies, 5 longitudinal studies, 2 psychoeducational interventions, and 1 pilot study. 10 studies included only women, and 13 included both men and women. The literature and our cohort confirmed that women with colorectal/anal cancer experience changes in sexual function after diagnosis and throughout the continuum of care; however, the scarcity of data in this area indicates a need for additional intervention trials and longitudinal studies.

Conclusions: Research studies with large sample sizes and long study durations are needed to help us better understand the needs of female survivors of colorectal/anal cancer. Women with colorectal/anal cancer need simple strategies and resources to address concerns of sexual function after cancer treatment. Such interventions have been shown to enhance survivorship and quality of life.

Περίληψη

Σεξουαλική λειτουργία σε γυναίκες με καρκίνο του παχέος εντέρου / πρωκτού

Ιστορικό: Οι θεραπείες για καρκίνο του παχέος εντέρου και του πρωκτού μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη σεξουαλική λειτουργία. Ο τύπος της θεραπείας, ο οποίος μπορεί να περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση, ακτινοβολία ή / και χημειοθεραπεία, ποικίλλει ανάλογα με τη θέση της νόσου και τη σοβαρότητα. Η θεραπεία και οι μακροχρόνιες παρενέργειες μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλική λειτουργία και την οικειότητα για τους ασθενείς και τους συντρόφους τους.

Στόχος: Να αναθεωρηθεί η βιβλιογραφία σχετικά με τη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου / πρωκτού και της επίδρασής της στη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών και να υποβληθεί μια αξιολόγηση των ιατρικών αποτελεσμάτων και των

αποτελεσμάτων που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς, γυναικών με ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου, του ορθού ή του πρωκτού. ζητώντας θεραπεία σεξουαλικής υγείας.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μια αναζήτηση PubMed για να εντοπίστηκαν άρθρα στην Αγγλική γλώσσα που έχουν αξιολογηθεί από ομοτίμους μεταξύ 2008 και 2018, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους αναζήτησης: "καρκίνος του παχέος εντέρου" ή "καρκίνος του ορθού" ή "καρκίνος του πρωκτού" και "σεξουαλική λειτουργία, "ή" σεξουαλική δυσλειτουργία. " Αξιολογήθηκαν επίσης τα ιατρικά αποτελέσματα από την πρόσφατη μελέτη κοόρτης σε 99 γυναίκες με ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου, του ορθού ή του πρωκτού που αναζητούν θεραπεία σεξουαλικής υγείας.

Κύρια μέτρα έκβασης: Σεξουαλική λειτουργία, ποιότητα ζωής και αναφερθέντα από τους ασθενείς αποτελέσματα μετά από καρκίνο του παχέος εντέρου / πρωκτού.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν συνολικά 23 μελέτες. Τα σχέδια μελέτης περιελάμβαναν 15 μελέτες διατομής, 5 διαχρονικές μελέτες, 2 παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικών και 1 πιλοτική μελέτη. 10 μελέτες περιελάμβαναν μόνο γυναίκες και 13 περιελάμβαναν άνδρες και γυναίκες. Η βιβλιογραφία και η ομάδα μας επιβεβαίωσαν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του παχέος εντέρου / πρωκτού εμφανίζουν αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργία μετά τη διάγνωση και καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας. Ωστόσο, η έλλειψη δεδομένων σε αυτόν τον τομέα δείχνει την ανάγκη για πρόσθετες δοκιμές παρέμβασης και διαχρονικές μελέτες.

Συμπεράσματα: Απαιτούνται ερευνητικές μελέτες με μεγάλα μεγέθη δείγματος και μακρά διάρκεια μελέτης για να βοηθήσουν να κατανοηθούν καλύτερα οι ανάγκες των γυναικών που επέζησαν καρκίνου του παχέος εντέρου / πρωκτού. Οι γυναίκες με καρκίνο του παχέος εντέρου / πρωκτού χρειάζονται απλές στρατηγικές και πόρους για να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες της σεξουαλικής λειτουργίας μετά τη θεραπεία του καρκίνου. Τέτοιες παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί ότι ενισχύουν την επιβίωση και την ποιότητα ζωής (Canty et al., 2019).

Άρθρο 22°

Risk factors of short-term survival in the aged in elective colon cancer surgery: a population-based study

Purpose: Patients aged > 80 years represent an increasing proportion of colon cancer diagnoses. Selecting patients for elective surgery is challenging because of possibly compromised health status and functional decline. The aim of this retrospective, population-based study was to identify risk factors and health measures that predict short-term mortality after elective colon cancer surgery in the aged.

Methods: All patients > 80 years operated electively for stages I-III colon cancer from 2005 to 2016 in four Finnish hospitals were included. The prospectively collected data included comorbidities, functional status, postoperative surgical and medical outcomes as well as mortality data.

Results: A total of 386 patients (mean 84.0 years, range 80-96, 56% female) were included. Male gender (46% vs 35%, $p = 0.03$), higher BMI (51% vs 37%, $p = 0.02$), diabetes mellitus (51% vs 37%, $p = 0.02$), coronary artery disease (52% vs 36%, $p = 0.003$) and rheumatic diseases (67% vs 39%, $p = 0.03$) were related to higher risk of complications. The severe complications were more common in patients with increased preoperative hospitalizations (31% vs 15%, $p = 0.05$) and who lived in nursing homes (30% vs 17%, $p = 0.05$). The 30-day and 1-year mortality rates were 6.0% and 15% for all the patients compared with 30% and 45% in patients with severe postoperative complications ($p < 0.001$). Severe postoperative complications were the only significant patient-related variable affecting 1-year mortality (OR 9.60, 95% CI 2.33-39.55, $p = 0.002$).

Conclusions: The ability to identify preoperatively patients at high risk of decreased survival and thus prevent severe postoperative complications could improve overall outcome of aged colon cancer patients.

Περίληψη

Παράγοντες κινδύνου βραχυπρόθεσμης επιβίωσης σε ηλικιωμένους σε χειρουργική επέμβαση επιλογής καρκίνου του παχέος εντέρου: μια μελέτη με βάση τον πληθυσμό

Σκοπός: Οι ασθενείς ηλικίας > 80 ετών αντιπροσωπεύουν ένα αυξανόμενο ποσοστό διαγνώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου. Η επιλογή ασθενών για επιλεκτική χειρουργική επέμβαση είναι προκλητική λόγω πιθανώς μειωμένης κατάστασης υγείας και λειτουργικής επιδείνωσης. Ο στόχος αυτής της αναδρομικής μελέτης βάσει πληθυσμού ήταν να εντοπιστούν παράγοντες κινδύνου και μέτρα υγείας που

προβλέπουν βραχυπρόθεσμη θνησιμότητα μετά από εκλεκτική χειρουργική επέμβαση καρκίνου του παχέος εντέρου σε ηλικιωμένους.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν οι ασθενείς > 80 ετών που χειρουργήθηκαν για τα στάδια I-III καρκίνου του παχέος εντέρου από το 2005 έως το 2016 σε τέσσερα φινλανδικά νοσοκομεία. Τα συλλεγόμενα δεδομένα περιελάμβαναν συννοσηρότητες, λειτουργική κατάσταση, μετεγχειρητικά χειρουργικά και ιατρικά αποτελέσματα καθώς και δεδομένα θνησιμότητας.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 386 ασθενείς (μέσος όρος 84,0 ετών, εύρος 80-96, 56% γυναίκες). Το άρρεν φύλο (46% έναντι 35%, $p = 0,03$), ο υψηλότερος ΔΜΣ (51% έναντι 37%, $p = 0,02$), ο σακχαρώδης διαβήτης (51% έναντι 37%, $p = 0,02$), η στεφανιαία νόσος (52% έναντι 36 %, $p = 0,003$) και οι ρευματικές ασθένειες (67% έναντι 39%, $p = 0,03$) σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών. Οι σοβαρές επιπλοκές ήταν πιο συχνές σε ασθενείς με αυξημένη προεγχειρητική νοσηλεία (31% έναντι 15%, $p = 0,05$) και που ζούσαν σε γηροκομεία (30% έναντι 17%, $p = 0,05$). Τα ποσοστά θνησιμότητας 30 ημερών και 1 έτους ήταν 6,0% και 15% για όλους τους ασθενείς σε σύγκριση με 30% και 45% σε ασθενείς με σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές ($p < 0,001$). Οι σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές ήταν η μόνη σημαντική σχετιζόμενη με τον ασθενή μεταβλητή που επηρέασε τη θνησιμότητα 1 έτους (OR 9,60, 95% CI 2,33-39,55, $p = 0,002$).

Συμπεράσματα: Η ικανότητα εντοπισμού προεγχειρητικών ασθενών με υψηλό κίνδυνο μειωμένης επιβίωσης και συνεπώς πρόληψης σοβαρών μετεγχειρητικών επιπλοκών θα μπορούσε να βελτιώσει τη συνολική έκβαση των ηλικιωμένων ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου (Niemeläinen et al., 2020).

Άρθρο 23°

Age Differences in the Coping Strategies of Patients With Colorectal Cancer

Background: Colon and/or rectum cancer (CRC) patients use various strategies to cope with their condition, and these can vary between age groups.

Objectives: The aims of this study were to investigate differences between psychosocial/spiritual variables and coping strategies in CRC patients of different age groups (younger vs older) and to identify the predictors of coping for both age groups.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted at 3 outpatient clinics in Korea. The Hospital Anxiety and Depression Scale, Social Support Scale, and Self-

Transcendence Scale were used to measure psychosocial and spiritual variables; the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale was used to assess cancer-specific coping strategies.

Results: Both younger and older patients who were psychologically distressed used more maladaptive coping. Individuals who received less social support from healthcare providers used more maladaptive coping strategies. For younger patients, self-transcendence was the only significant predictor of both adaptive and maladaptive coping strategies; for older patients, Hospital Anxiety and Depression Scale score was the only significant predictor of maladaptive coping.

Conclusion: Differences in psychological distress, social support, and self-transcendence due to age are important protective or risk factors for the use of coping strategies among CRC patients.

Implications for practice: Considering our findings, we encourage healthcare professionals to be aware of patients' coping strategies and take them into account when planning age-specific interventions related to coping, before hospital discharge.

Περίληψη

Διαφορές ηλικίας στις στρατηγικές αντιμετώπισης ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου

Ιστορικό: Οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου και / ή του ορθού χρησιμοποιούν διάφορες στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους και αυτές μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των ηλικιακών ομάδων.

Στόχοι: Οι στόχοι αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι διαφορές μεταξύ ψυχοκοινωνικών / πνευματικών μεταβλητών και στρατηγικών αντιμετώπισης σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου διαφορετικών ηλικιακών ομάδων (νεότεροι έναντι μεγαλύτερων) και να προσδιορίσουν τους προγνωστικούς παράγοντες αντιμετώπισης και των δύο ηλικιακών ομάδων.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε περιγραφική μελέτη διατομής σε 3 κλινικές εξωτερικών ασθενών στην Κορέα. Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο, η κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης και η κλίμακα Self-Transcendence χρησιμοποιήθηκαν για τη

μέτρηση των ψυχοκοινωνικών και πνευματικών μεταβλητών. Το Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των ειδικών για τον καρκίνο στρατηγικών αντιμετώπισης.

Αποτελέσματα: Τόσο οι νεότεροι όσο και οι ηλικιωμένοι ασθενείς που είχαν ψυχολογική καταπίεση, παρουσίασαν κακή προσαρμογή στην ασθένεια. Άτομα που έλαβαν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποίησαν περισσότερο κακές προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Για τους νεότερους ασθενείς, η αυτό-υπέρβασή ήταν ο μόνος σημαντικός προγνωστικός παράγοντας τόσο της προσαρμοστικής όσο και της μη προσαρμοστικής στρατηγικής αντιμετώπισης. Για τους ηλικιωμένους ασθενείς, η βαθμολογία του Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale ήταν η μόνη σημαντική πρόβλεψη για κακή προσαρμογή.

Συμπέρασμα: Οι διαφορές στην ψυχολογική δυσφορία, την κοινωνική υποστήριξη και την υπέρβαση του εαυτού λόγω ηλικίας είναι σημαντικοί παράγοντες προστασίας ή κινδύνου για τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Επιπτώσεις στην πρακτική: Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματά της παρούσας μελέτης, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας πρέπει να γνωρίζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης των ασθενών και να τις λαμβάνουν υπόψη κατά το σχεδιασμό παρεμβάσεων, που σχετίζονται με την ηλικία, πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο (Kang & Son, 2019).

Άρθρο 24^ο

General health and state anxiety in patients recovering from colorectal cancer surgery

Aim: To describe and compare general health and state anxiety before surgery and up to 6 months after surgery in patients with colorectal cancer undergoing elective rectal resection, abdominoperineal resection or colonic resection in an enhanced recovery context.

Background: Little is known about patient-reported health and anxiety after colorectal cancer surgery in an enhanced recovery context.

Design: A prospective cohort study.

Methods: Data were collected from October 2011-February 2013. The questionnaires - EuroQol 5-Dimensions 3-Levels and State-Trait Anxiety Inventory - were answered before surgery, at discharge and 1 and 6 months after surgery. Data were analysed using inferential statistics to describe differences between groups of patients (Kruskal-Wallis test) and between assessments within groups (Friedman's anova).

Results: Patients (N = 105), divided into three groups based on surgical procedure, showed a high health index and a low state anxiety in all assessments without differences between the groups. Patients considered for abdominoperineal resection rated their pre-operative health as significantly higher than patients after rectal and colonic resections did. Within groups, patients recovering from abdominoperineal resection and rectal resection deteriorated significantly in health index 1 month after surgery. However, after 6 months they had improved again. After colonic resection, patients improved significantly in self-rated health and anxiety 1 month after surgery with no further discernible improvement after 6 months.

Conclusion: The study showed that patients generally had a high level of health and a low level of anxiety throughout the study period. Only a few differences occurred between assessments within groups.

Περίληψη

Γενική υγεία και άγχος κατάστασης σε ασθενείς που αναρρώνουν από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του παχέος εντέρου

Στόχος: Να περιγραφεί και να συγκριθεί η γενική υγεία και το άγχος πριν από τη χειρουργική επέμβαση και έως και 6 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που υποβλήθηκαν σε εκλεκτική ορθική εκτομή, κοιλιακή χειρουργική εκτομή ή εκτομή του παχέος εντέρου σε βελτιωμένο πλαίσιο ανάκαμψης.

Ιστορικό: Λίγα είναι γνωστά για την υγεία και το άγχος που αναφέρθηκε από τον ασθενή μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του παχέος εντέρου σε βελτιωμένο πλαίσιο ανάρρωσης.

Σχεδιασμός: Μια προοπτική μελέτη κοόρτης.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο του 2011 έως τον Φεβρουάριο του 2013. Τα ερωτηματολόγια - EuroQol 5-Dimensions 3-Levels και State-Trait Anxiety Inventory - απαντήθηκαν πριν από τη χειρουργική επέμβαση, κατά την έξοδο και 1 και 6 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας συμπεράσματα στατιστικών για να περιγράψουν τις διαφορές μεταξύ ομάδων ασθενών (δοκιμή Kruskal-Wallis) και μεταξύ αξιολογήσεων εντός ομάδων (Friedman's anova).

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς (N = 105), χωρισμένοι σε τρεις ομάδες με βάση τη χειρουργική επέμβαση, έδειξαν υψηλό δείκτη υγείας και άγχος χαμηλής κατάστασης σε όλες τις αξιολογήσεις χωρίς διαφορές μεταξύ των ομάδων. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κοιλιακή χειρουργική εκτομή αξιολόγησαν την προεγχειρητική τους υγεία ως σημαντικά υψηλότερη από τους ασθενείς μετά από εκτομή του ορθού και του παχέος εντέρου. Μέσα σε ομάδες, οι ασθενείς που αναρρώνουν από κοιλιακή χειρουργική εκτομή και ορθική εκτομή επιδεινώθηκαν σημαντικά στον δείκτη υγείας 1 μήνα μετά τη χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, μετά από 6 μήνες είχαν βελτιωθεί ξανά. Μετά την εκτομή του παχέος εντέρου, οι ασθενείς βελτιώθηκαν σημαντικά στην αυτοεκτίμηση της υγείας και του άγχους 1 μήνα μετά τη χειρουργική επέμβαση χωρίς περαιτέρω αισθητή βελτίωση μετά από 6 μήνες.

Συμπέρασμα: Η μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς είχαν γενικά υψηλό επίπεδο υγείας και χαμηλό επίπεδο άγχους καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης. Μόνο μερικές διαφορές σημειώθηκαν μεταξύ των αξιολογήσεων εντός ομάδων (Jakobsson et al., 2016).

Άρθρο 25^ο

Evidence-based quality standards improve prognosis in colon cancer care

Background: Colon cancer requires interdisciplinary care with quality of initial surgical treatment being a major prognostic factor. Implementation of quality standards based on structural and procedural indicators in routine care via certification (Germany) or accreditation (USA) is an established quality assurance method. However, evidence on effects is scarce. We undertook a population-based cohort study to investigate the effectiveness of colon cancer care in certified vs non-certified hospitals.

Materials and methods: We utilized data of a large statutory health insurance including in- and outpatient data from 2005 to 2015 of >2 million individuals from Saxony, Germany. Case definitions were based on diagnosis, medical procedures and

prescriptions. Patients treated in certified hospitals (CH) were compared to patients treated in non-certified hospitals (NCH) using logistic and Cox regression models adjusting for relevant confounders concerning overall survival (OS), disease-specific survival (DSS), 30-day mortality, recurrence, complications and second resections within 6 months after first resection (SR).

Results: Overall, 6186 patients with incident colon cancer undergoing surgery were identified (mean age 74.1 ± 11.0 years, 51.1% male) with 2120 (34.3%) patients treated in a CH. Confounder-adjusted regression models indicated positive effects in CH on OS (HR = 0.90, 95%CI: 0.83-0.97), DSS (HR = 0.71, 95%CI: 0.57-0.88), 30-day mortality (OR = 0.69, 95%CI: 0.55-0.87) and SR (OR = 0.51, 95%CI: 0.30-0.87). These results remained stable after adjustment for hospital volume. 30-day mortality in 2014 was 41% lower in CH (7.4%) compared to NCH (12.6%).

Conclusions: This study indicates that the implementation and assurance of evidence-based quality standards has substantial positive effects on various patient-relevant outcomes in colon cancer care.

Περίληψη

Τα ποιοτικά πρότυπα βάσει στοιχείων βελτιώνουν την πρόγνωση στη φροντίδα του καρκίνου του παχέος εντέρου

Ιστορικό: Ο καρκίνος του παχέος εντέρου απαιτεί διεπιστημονική φροντίδα με την ποιότητα της αρχικής χειρουργικής θεραπείας να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα. Η εφαρμογή προτύπων ποιότητας βασισμένων σε δομικούς και διαδικαστικούς δείκτες στη ρουτίνα φροντίδα μέσω πιστοποίησης (Γερμανία) ή διαπίστευσης (ΗΠΑ) είναι μια καθιερωμένη μέθοδος διασφάλισης ποιότητας. Ωστόσο, τα στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις είναι λιγοστά. Πραγματοποιήθηκε μια μελέτη κοόρτης με βάση τον πληθυσμό για να διερευνήσουμε την αποτελεσματικότητα της φροντίδας του καρκίνου του παχέος εντέρου σε πιστοποιημένα έναντι μη πιστοποιημένων νοσοκομείων.

Υλικό και μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα ασφαλιστικού φορέα, συμπεριλαμβανομένων δεδομένων εσωτερικού και εξωτερικού χώρου από το 2005 έως το 2015 για > 2 εκατομμυρίων ατόμων από τη Σαξονία της Γερμανίας. Χρησιμοποιήθηκαν η διάγνωση, οι ιατρικές διαδικασίες και φαρμακευτικές συνταγές. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε πιστοποιημένα νοσοκομεία (CH) συγκρίθηκαν με τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σε μη πιστοποιημένα

νοσοκομεία (NCH) χρησιμοποιώντας μοντέλα λογιστικής και παλινδρόμησης Cox που προσαρμόζονταν σε σχετικούς συγχυτές σχετικά με τη συνολική επιβίωση (OS), την επιβίωση για συγκεκριμένες ασθένειες (DSS), τη θνησιμότητα 30 ημερών, επανάληψη, επιπλοκές και δεύτερη εκτομή εντός 6 μηνών μετά την πρώτη εκτομή (SR).

Αποτελέσματα: Συνολικά, εντοπίστηκαν 6186 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου (μέση ηλικία $74,1 \pm 11,0$ ετών, 51,1% άνδρες) με 2120 (34,3%) ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σε πιστοποιημένα νοσοκομεία. Τα μοντέλα παλινδρόμησης ρυθμισμένων με σύγχυση έδειξαν θετικά αποτελέσματα στο CH στο λειτουργικό σύστημα (HR = 0,90, 95% CI: 0,83-0,97), DSS (HR = 0,71, 95% CI: 0,57-0,88), θνησιμότητα 30 ημερών (OR = 0,69, 95% CI: 0,55-0,87) και SR (OR = 0,51, 95% CI: 0,30-0,87). Αυτά τα αποτελέσματα παρέμειναν σταθερά μετά την προσαρμογή του όγκου του νοσοκομείου. Η θνησιμότητα 30 ημερών το 2014 ήταν 41% χαμηλότερη στο CH (7,4%) σε σύγκριση με το NCH (12,6%).

Συμπεράσματα: Αυτή η μελέτη δείχνει ότι η εφαρμογή και η διασφάλιση τεκμηριωμένων προτύπων ποιότητας έχει ουσιαστικά θετικά αποτελέσματα σε διάφορα αποτελέσματα που σχετίζονται με τον ασθενή στη φροντίδα του καρκίνου του παχέος εντέρου (Trautmann et al., 2018).

Άρθρο 26°

Perioperative Anemia and Transfusion in Colorectal Cancer Patients

Background: Both anemia and blood transfusion are now considered independent risk factors for poor outcome in colorectal cancer patients. Severe anemia can increase tumor aggressiveness and blood transfusion may induce immunosuppression and promote cancer recurrence. Specific Patient Blood Management (PBM) strategies for oncological surgical patients are insufficiently defined and recommended.

Primary objectives: Evaluation of the perioperative anemia prevalence and transfusion rate in colorectal cancer patients. Secondary objectives: Sub-group analysis of anemic versus non-anemic patients and colon versus rectal cancer patients.

Methods: We retrospectively reviewed records from all consecutive surgical oncological patients admitted between January and June 2017. We selected major lower abdominal surgical patients and then colorectal surgical patients. We evaluated the perioperative hemoglobin values dynamics (preoperative=Hb1, postoperative=Hb2, at discharge= Hb3), anemia prevalence and severity and transfusion rate. Statistical analysis used Student t test, Wilcoxon signed-rank and Chi-square tests from SPSS 17.

Results: Of the 1284 patients screened, 546 patients were submitted to major lower abdominal surgery and 260 patients to colorectal cancer surgery. The mean age was 65.6 +- 11.1 years, 57.7% males. The perioperative dynamics of hemoglobin was Hb1/Hb2/Hb3 =12/10.6/10.4 g/dL. Anemia prevalence was 52.3/82.3/82.6% preoperatively/postoperatively/at hospital discharge. Global transfusion rate was 23.8%, with pre/intra/postoperative distribution of 2.3/11.9/10.8%. Anemic patients were older (p=0.005), with a higher transfusion rate (p 0.001) and a longer hospital LOS (p=0.04). Colon cancer patients had lower Hb values (p=0.001) and higher prevalence of preoperative anemia (p=0.001) comparing with rectal cancer patients.

Conclusions: The analysis of this cohort of colorectal cancer patients identified an increased prevalence of anemia in all perioperative phases. There is an urgent need of PBM program implementation in this selected group of surgical patients.

Περίληψη

Περιεγχειρητική αναιμία και μετάγγιση σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου

Ιστορικό: Τόσο η αναιμία όσο και η μετάγγιση αίματος θεωρούνται πλέον ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για κακή έκβαση σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου. Η σοβαρή αναιμία μπορεί να αυξήσει την επιθετικότητα του όγκου και η μετάγγιση αίματος μπορεί να προκαλέσει ανοσοκαταστολή και να προωθήσει την υποτροπή του καρκίνου. Οι συγκεκριμένες στρατηγικές διαχείρισης αίματος ασθενούς (PBM) για ογκολογικούς χειρουργικούς ασθενείς δεν ορίζονται επαρκώς.

Πρωταρχικοί στόχοι: Αξιολόγηση του επιπολασμού της περιεγχειρητικής αναιμίας και του ποσοστού μετάγγισης σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου.
Δευτερεύοντες στόχοι: Ανάλυση υποομάδας ασθενών με αναιμία έναντι μη αναιμικών και ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου έναντι του ορθού.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν αναδρομικά αρχεία από όλους τους χειρουργικούς ογκολογικούς ασθενείς που έγιναν δεκτοί από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2017. Επιλέχθηκαν χειρουργικοί ασθενείς μετά επεμβάσεις για ορθοκολικό καρκίνο. Αξιολογήθηκε η δυναμική των περιεγχειρητικών τιμών της αιμοσφαιρίνης (προεγχειρητική = Hb1, μετεγχειρητική = Hb2, κατά την εκφόρτιση = Hb3), ο επιπολασμός της αναιμίας και η σοβαρότητα και ο ρυθμός μετάγγισης. Η στατιστική ανάλυση χρησιμοποίησε τεστ Student t, Wilcoxon sign-rank και Chi-square τεστ από το SPSS 17.

Αποτελέσματα: Από τους 1284 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε έλεγχο, 546 ασθενείς υποβλήθηκαν σε μείζονα χειρουργική επέμβαση στην κάτω κοιλιακή χώρα και 260 ασθενείς σε χειρουργική επέμβαση καρκίνου του παχέος εντέρου. Η μέση ηλικία ήταν 65,6 + - 11,1 έτη, 57,7% άνδρες. Η περιεγχειρητική δυναμική της αιμοσφαιρίνης ήταν Hb1 / Hb2 / Hb3 = 12 / 10,6 / 10,4 g / dL. Ο επιπολασμός της αναιμίας ήταν 52,3 / 82,3 / 82,6% προεγχειρητικά / μετεγχειρητικά / κατά την έξοδο από το νοσοκομείο. Ο συνολικός ρυθμός μετάγγισης ήταν 23,8%, με κατανομή 2,3 / 11,9 / 10,8% πριν / εντός / μετεγχειρητικής. Οι αναιμικοί ασθενείς ήταν μεγαλύτεροι ($p = 0,005$), με υψηλότερο ποσοστό μετάγγισης ($p = 0,001$) και μεγαλύτερο LOS νοσοκομείου ($p = 0,04$). Οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου είχαν χαμηλότερες τιμές Hb ($p = 0,001$) και υψηλότερο επιπολασμό της προεγχειρητικής αναιμίας ($p = 0,001$) σε σύγκριση με τους ασθενείς με καρκίνο του ορθού.

Συμπεράσματα: Η ανάλυση αυτής της ομάδας ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου εντόπισε αυξημένο επιπολασμό της αναιμίας σε όλες τις περιεγχειρητικές φάσεις. Υπάρχει επείγουσα ανάγκη εφαρμογής προγράμματος διαχείρισης μετάγγισης αίματος σε αυτήν την επιλεγμένη ομάδα χειρουργικών ασθενών (Ristescu et al., 2019).

Άρθρο 27^ο

Trends in the Treatment of Metastatic Colon and Rectal Cancer in Elderly Patients

Background: Little is known about the use and costs of antineoplastic regimens for elderly patients with metastatic colorectal cancer (mCRC).

Methods: We used Surveillance, Epidemiology, and End Results-Medicare data for persons diagnosed with metastatic colon (N=16117) or rectal cancer (N=4008)

between 2000 and 2009. We estimated the adjusted percent of patients who received antineoplastic agents, by type, number, and their costs 12 months following diagnosis. We report the percent of patients who received 3 or more of commonly prescribed agents and estimate survival for the 24-month period following diagnosis by age and treatment.

Results: The percentage that received 3 or more agents increased from 3% to 73% in colon patients aged 65-74 and from 2% to 53% in patients 75+. Similar increases were observed in rectal patients. Average 1-year costs per patient in 2009 were \$106,461 and \$102,680 for colon and rectal cancers, respectively, reflecting an increase of 32% and 20%, for patients who received antineoplastic agents. Median survival increased by about 6 and 10 months, respectively, for colon and rectal patients aged 65-74 who received antineoplastic agents, but an improvement of only 1 month of median survival was observed for patients 75+.

Conclusions: Expensive multiple agent regimens are increasingly used in older mCRC patients. For patients aged 64-75 years, these treatments may be associated with several months of additional life, but patients aged 75+ may incur considerable expense without any survival benefit.

Περίληψη

Τάσεις στη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού σε ηλικιωμένους ασθενείς

Ιστορικό: Λίγα είναι γνωστά για τη χρήση και το κόστος των αντινεοπλασματικών παραγόντων για ηλικιωμένους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου (mCRC).

Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα παρακολούθησης, επιδημιολογίας και τελικών αποτελεσμάτων - Medicare για άτομα που διαγνώστηκαν με μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου (N = 16117) ή καρκίνο του ορθού (N = 4008) μεταξύ 2000 και 2009. Εκτιμήθηκε το προσαρμοσμένο ποσοστό ασθενών που έλαβαν αντινεοπλασματικούς παράγοντες, ανά τύπο, αριθμό και το κόστος τους 12 μήνες μετά τη διάγνωση. Αναφέρεται το ποσοστό των ασθενών που έλαβαν 3 ή περισσότερους από συνήθως συνταγογραφούμενους παράγοντες και εκτιμήθηκε η επιβίωση για την περίοδο 24 μηνών μετά τη διάγνωση ανά ηλικία και θεραπεία.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό που έλαβε 3 ή περισσότερους παράγοντες αυξήθηκε από 3% σε 73% σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου ηλικίας 65-74 ετών και από 2%

σε 53% σε ασθενείς 75+. Παρόμοιες αυξήσεις παρατηρήθηκαν σε ορθούς ασθενείς. Το μέσο κόστος ενός έτους ανά ασθενή το 2009 ήταν 106.461 \$ και 102.680 \$ για καρκίνους του παχέος εντέρου και του ορθού, αντίστοιχα, αντανakλώντας αύξηση 32% και 20%, για ασθενείς που έλαβαν αντινεοπλασματικούς παράγοντες. Η μέση επιβίωση αυξήθηκε κατά περίπου 6 και 10 μήνες, αντίστοιχα, για ασθενείς με παχύ έντερο και ορθό ηλικίας 65-74 ετών που έλαβαν αντινεοπλασματικούς παράγοντες, αλλά παρατηρήθηκε βελτίωση μόνο 1 μήνα της μέσης επιβίωσης για ασθενείς 75+. Συμπεράσματα: Τα ακριβά σχήματα πολλαπλών παραγόντων χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο σε ηλικιωμένους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου (mCRC). Για ασθενείς ηλικίας 64-75 ετών, αυτές οι θεραπείες μπορεί να σχετίζονται με αρκετούς μήνες επιπρόσθετης ζωής, αλλά οι ασθενείς ηλικίας 75+ μπορεί να επιβαρυνθούν σημαντικά χωρίς κανένα όφελος επιβίωσης (Bradley et al., 2016).

Άρθρο 28°

National Study of Immediate and Delayed Readmissions After Colostomy Creation

Background: Readmissions after colorectal operations adversely impact patient recovery and are associated with about \$300 million in additional health care expenditure in the United States alone. The present study aimed to characterize nonelective, short-term readmissions of colorectal surgery patients who underwent colostomy.

Methods: The Nationwide Readmissions Database was used to identify patients who received a colostomy from 2010 to 2015. Patients were stratified by discharge-to-readmission interval: immediate (within 7 d) and delayed (7-30 d). Nonparametric trend analysis and multivariable regression were performed to identify predictors of immediate and delayed readmission.

Results: Of an estimated 376,693 operations requiring colostomies during the study, in-hospital survival was 92.3%, with higher rates after elective compared with nonelective operations (96.5 versus 90.8%, $P < 0.001$). Overall, 15.3% patients undergoing elective and nonelective colostomy creation returned to the hospital within 30 d, with 41.6% of these readmissions occurring by the first week of discharge (immediate). Readmission rates and proportion of immediate and delayed

groups did not significantly change over the 6-year study period. Nonhome discharge increased the odds of immediate (AOR 1.25, 95% CI 1.17-1.34) and delayed readmission (AOR 1.44, 95% CI 1.35-1.54). Annually, immediate and delayed rehospitalizations after colostomy creation were responsible for \$64 and 82 million in excess costs, respectively.

Conclusions: Colostomy creation is associated with a steady and high rate of rehospitalization. Nonhome discharge, in addition to several patient comorbidities, is associated with higher odds of readmission. Programs aimed at reduction of immediate readmission are warranted.

Περίληψη

Εθνική μελέτη άμεσων και καθυστερημένων επανεισάγων μετά τη δημιουργία κολοστομίας

Ιστορικό: Οι επανεισαγωγές μετά από ορθοκολικές επεμβάσεις επηρεάζουν δυσμενώς την ανάκαμψη των ασθενών και σχετίζονται με περίπου 300 εκατομμύρια δολάρια σε πρόσθετες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στον χαρακτηρισμό μη επιλεκτικών, βραχυπρόθεσμων επανεισαγωγών ασθενών με ορθοκολικό καρκίνο που υποβλήθηκαν σε κολοστομία.

Μέθοδοι: Η Nationwide Readmissions Database χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό ασθενών που υποβλήθηκαν σε κολοστομία από το 2010 έως το 2015. Οι ασθενείς στρωματοποιήθηκαν με βάση διάστημα εξόδου έως το διάστημα επανεισαγωγής: άμεσο (εντός 7 ημερών) και καθυστερημένο (7-30 ημέρες). Πραγματοποιήθηκε μη παραμετρική ανάλυση τάσεων και πολυμεταβλητή παλινδρόμηση για τον εντοπισμό προγνωστικών για άμεση και καθυστερημένη επανεισαγωγή.

Αποτελέσματα: Από περίπου 376.693 εγχειρήσεις που απαιτούσαν κολοστομίες κατά τη διάρκεια της μελέτης, η επιβίωση στο νοσοκομείο ήταν 92,3%, με υψηλότερα ποσοστά μετά την επιλογή σε σύγκριση με τις μη εκλεκτικές επεμβάσεις (96,5 έναντι 90,8%, $P < 0,001$). Συνολικά, το 15,3% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εκλεκτική και μη εκλεκτική δημιουργία κολοστομίας επέστρεψαν στο νοσοκομείο εντός 30 ημερών, με το 41,6% αυτών των επανεισαγωγών να πραγματοποιούνται την πρώτη εβδομάδα μετά το εξιτήριο (άμεση). Η νοσηλεία εκτός του σπιτιού, σε ιδρύματα, αύξησε τις πιθανότητες άμεσης (AOR 1,25, 95% CI 1,17-1,34) και καθυστερημένης επανεισαγωγής (AOR 1,44, 95% CI 1,35-1,54). Κάθε χρόνο, οι άμεσες και

καθυστερημένες εισαγωγές μετά τη δημιουργία κολοστομίας ήταν υπεύθυνες για 64 και 82 εκατομμύρια δολάρια σε επιπλέον κόστος, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η δημιουργία κολοστομίας σχετίζεται με ένα σταθερό και υψηλό ποσοστό νοσηλείας. Η νοσηλεία εκτός σπιτιού, εκτός από πολλές συννοσηρότητες ασθενών, σχετίζεται με υψηλότερες πιθανότητες επανεισαγωγής. Τα προγράμματα που στοχεύουν στη μείωση της άμεσης επανεισαγωγής δικαιολογούνται (Yas et al., 2020).

Άρθρο 29°

Causes of mortality in older patients with stage 3 colon cancer

Objectives: Life expectancy plays a key role in the selection of patients with stage III colon cancer for adjuvant chemotherapy, but little is known about causes of mortality in older patients with colon cancer. We aimed to examine causes of death in this population and compare these causes between patients who received chemotherapy and those who did not. Specifically, we chose to examine the rates of death related to recurrent colon cancer versus non colon cancer.

Materials and methods: Patients aged 50 and older diagnosed with stage III colon cancer between 2005 and 2009 were included. Patients were divided into "younger" (aged 50-69) and "older" (aged 70+). Causes of death, which were categorized into colon cancer versus non-colon cancer related.

Results: 1361 patients were included, 50% of whom were 70 or older. Younger patients were more likely to receive adjuvant chemotherapy (90% vs. 60%). 601 patients died in the follow up period. Deceased patients in the younger group were more likely to die from colon cancer (81% vs. 62%). The most common cause of non-colon cancer death was other primary malignancies in younger patients and cardiovascular diseases in older patients. In older patients who received chemotherapy, 41% died; 89% of these deaths were related to colon cancer. In older patients who did not receive chemotherapy 72% died, with 38% of patients ultimately dying from colon cancer.

Conclusions: Older patients remain under-treated with chemotherapy. Although non-colon cancer deaths were more frequent in older patients with cancer, colon cancer was a still a significant cause of mortality. These deaths may be preventable with adjuvant chemotherapy.

Περίληψη

Αιτίες θνησιμότητας σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου στάδιο 3

Στόχοι: Το προσδόκιμο ζωής παίζει βασικό ρόλο στην επιλογή ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου σταδίου III για επικουρική χημειοθεραπεία, αλλά λίγα είναι γνωστά για τις αιτίες θνησιμότητας σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου. Στόχος της μελέτης είναι να εξεταστούν οι αιτίες θανάτου σε αυτόν τον πληθυσμό και να συγκριθούν αυτές τις αιτίες μεταξύ ασθενών που έλαβαν χημειοθεραπεία και εκείνων που δεν έλαβαν. Συγκεκριμένα, εξετάζονται τα ποσοστά θανάτου που σχετίζονται με τον υποτροπιάζοντα καρκίνο του παχέος εντέρου έναντι του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Υλικά και μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς ηλικίας 50 ετών και άνω που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του παχέος εντέρου σταδίου III μεταξύ 2005 και 2009. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε «νεότερους» (ηλικίας 50-69 ετών) και «ηλικιωμένους» (ηλικίας 70+). Αιτίες θανάτου, οι οποίες κατηγοριοποιήθηκαν σε καρκίνο του παχέος εντέρου σε σχέση με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 1361 ασθενείς, εκ των οποίων το 50% ήταν 70 ετών και άνω. Οι νεότεροι ασθενείς είχαν περισσότερες πιθανότητες να λάβουν επικουρική χημειοθεραπεία (90% έναντι 60%). 601 ασθενείς πέθαναν κατά την περίοδο παρακολούθησης. Ασθενείς σε νεότερη ομάδα είχαν περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρκίνο του παχέος εντέρου (81% έναντι 62%). Η πιο κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο εκτός του παχέος εντέρου ήταν άλλες πρωτογενείς κακοήθειες σε νεότερους ασθενείς και καρδιαγγειακές παθήσεις σε ηλικιωμένους ασθενείς. Σε ηλικιωμένους ασθενείς που έλαβαν χημειοθεραπεία, το 41% πέθανε. 89% αυτών των θανάτων σχετίζονται με καρκίνο του παχέος εντέρου. Σε ηλικιωμένους ασθενείς που δεν έλαβαν χημειοθεραπεία το 72% πέθανε, με το 38% των ασθενών να πεθαίνουν τελικά από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Συμπεράσματα: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς υποβάλλονται σε υπο-θεραπεία, όταν λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Αν και οι θάνατοι από καρκίνο του παχέος εντέρου ήταν συχνότεροι σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο, ο καρκίνος του παχέος εντέρου ήταν ακόμη μια σημαντική αιτία θνησιμότητας. Αυτοί οι θάνατοι μπορεί να αποφευχθούν με επικουρική χημειοθεραπεία (Raycraft et al., 2019).

Άρθρο 30°

Laparoscopic surgery in colon cancer patients treated with chronic anti-thrombotic therapy

Background: Anti-thrombotic medications are commonly used for the treatment and prevention of cardiovascular diseases. Laparoscopic resection of colon cancer has generally been accepted with favorable outcomes being reported in randomized control trials. However, the safety and efficacy of laparoscopic surgery for colon cancer patients receiving chronic anti-thrombotic therapy (AT) remain unclear.

Methods: We identified 951 patients who underwent elective resection for colon cancer between 2009 and 2016 from our database. Patients were classified according to the surgical approach and chronic AT. Clinicopathological factors and surgical outcomes were analyzed between patient groups. Patients' backgrounds were matched using propensity scores in laparoscopic surgery.

Results: Anti-thrombotic drugs were chronically used in 135 patients. Among 714 patients who underwent laparoscopy-assisted surgery, 96 received AT. The laparoscopic approach was superior to open surgery in terms of bleeding, surgical site infections, and hospital stay in patients receiving AT. In laparoscopy-assisted surgery, the AT group patients were older and showed lower hemoglobin and albumin levels than those not receiving AT (non-AT group), and were predominantly male. After propensity score matching, estimated blood loss and operative times were similar between the two groups (93 matched patients). The frequencies of postoperative bleeding (2.2%) and thrombotic complications (0%) in the AT group did not significantly differ from those in the non-AT group (1.1 and 0%, respectively). Moreover, AT did not affect survivals.

Conclusion: Laparoscopic approach appears to be safer and beneficial for colonic cancer patients receiving long-term AT. Bleeding and thrombotic events associated with laparoscopic surgery were not significantly affected by AT.

Περίληψη

Λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με χρόνια αντιθρομβωτική θεραπεία

Ιστορικό: Τα αντιθρομβωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται συνήθως για τη θεραπεία και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Η λαπαροσκοπική εκτομή του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι γενικά αποδεκτή με ευνοϊκά αποτελέσματα να αναφέρονται σε τυχαιοποιημένες δοκιμές ελέγχου. Ωστόσο, η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής για ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που λαμβάνουν χρόνια αντιθρομβωτική θεραπεία παραμένουν ασαφείς.

Μέθοδοι: Εντοπίστηκαν 951 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εκλεκτική εκτομή για καρκίνο του παχέος εντέρου από το 2009 έως το 2016 από τη βάση δεδομένων μας. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σύμφωνα με τη χειρουργική προσέγγιση και τη χρόνια αντιθρομβωτική θεραπεία. Οι κλινικοπαθολογικοί παράγοντες και τα χειρουργικά αποτελέσματα αναλύθηκαν μεταξύ των ομάδων ασθενών.

Αποτελέσματα: Τα αντιθρομβωτικά φάρμακα χρησιμοποιήθηκαν σε χρόνια βάση σε 135 ασθενείς. Μεταξύ 714 ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση με λαπαροσκόπηση, 96 λάμβαναν αντιθρομβωτική θεραπεία. Η λαπαροσκοπική προσέγγιση ήταν ανώτερη από την ανοικτή χειρουργική επέμβαση όσον αφορά την αιμορραγία, τις λοιμώξεις του χειρουργικού χώρου και τη διαμονή στο νοσοκομείο σε ασθενείς που λάμβαναν αντιθρομβωτική θεραπεία. Σε χειρουργική επέμβαση υποβοηθούμενη από λαπαροσκόπηση, οι ασθενείς της ομάδας AT ήταν μεγαλύτεροι και εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα αιμοσφαιρίνης και λευκωματίνης από αυτούς που δεν λάμβαναν αντιθρομβωτική θεραπεία (ομάδα μη- αντιθρομβωτικής θεραπείας) και ήταν κυρίως άνδρες. Μετά την αντιστοίχιση βαθμολογίας τάσης, η εκτιμώμενη απώλεια αίματος και οι χρόνοι νοσηλείας ήταν παρόμοιοι μεταξύ των δύο ομάδων (93 αντιστοιχισμένοι ασθενείς). Οι συχνότητες της μετεγχειρητικής αιμορραγίας (2,2%) και των θρομβωτικών επιπλοκών (0%) στην ομάδα αντιθρομβωτικής θεραπείας δεν διέφεραν σημαντικά από αυτές της ομάδας μη- αντιθρομβωτικής θεραπείας (1,1 και 0%, αντίστοιχα).

Συμπέρασμα: Η λαπαροσκοπική προσέγγιση φαίνεται να είναι ασφαλέστερη και ωφέλιμη για ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που λαμβάνουν μακροχρόνια αντιθρομβωτική θεραπεία. Η αιμορραγία και τα θρομβωτικά συμβάντα που σχετίζονται με τη λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση δεν επηρεάστηκαν σημαντικά από την αντιθρομβωτική θεραπεία (Nozawa et al., 2018).

Βιβλιογραφία

1. Aktipis A., Boddy A., Gatenby R., Brown J. (2012). Life history tradeoffs in cancer evolution. *Nat Rev Cancer*, 29(6):997–1003.
2. Ayyadhah A. (204). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *Br J Nurs.*, 23:387-93.
3. Bachelet V., Collet G., Ribal A. (2012). The role of the stoma therapy nurse in the preoperative period. *Rev Infirm.*, (181):25–26.
4. Bharucha A., Camilleri M. (2019). Physiology of the Colon and Its Measurement. *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*, 2:1676-1688.
5. Bickley S., Szilagy G., Bates B. (2013). *Bates' guide to physical examination and history taking* (10th ed.): Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
6. Bukhtoyarov O., Samarin D. (2015). Pathogenesis of Cancer: Cancer Reparative Trap. *Journal of Cancer Therapy*, 6(6):399–412.
7. Burcharth J. Rosenberg J. (2012). Gastrointestinal Surgery and Related Complications in Patients with Ehlers- Danlos Syndrome : A Systematic Review. *Digestive Surgery*, 29(suppl 1):349–357.
8. Capelle L., Van Grieken N., Lingsma H., Steyerberg E., Klokman W. (2016). Risk and epidemiological time trends of gastric cancer in Lynch syndrome carriers in the Netherlands. *Gastroenterology*, 38(2):487-92.
9. Carlson LE., Waller A., Mitchell AJ. (2012). Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol.*, 30(11):1160–77.
10. Carpenito L. (2013). *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice*. 14th Edition. Lippincott Company.
11. Castells A, Quintero E. (2015). Programmatic screening for colorectal cancer: the COLONPREV study. *Dig Dis Sci.*, 60:672-680.
12. Dewit S. (2013). *Παθολογική Χειρουργική νοσηλευτική*. Μετάφραση: Λαμπρινού K., Λεμονίδου X. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
13. East JE., Atkin WS., Bateman AC., Clark SK., Dolwani S., Ket SN., et al. (2017). British Society of Gastroenterology position statement on serrated polyps in the colon and rectum. *Gut*, 66(7):1181-96.

14. Ellis H. (2010). Anatomy of the caecum, appendix and colon. *Surgery*, 2(5):22-26.
15. Freeman J. (2014). Early stage colon cancer. *World J Gastroenterol.*, 19(46): 8468–8473.
16. Graham L. (2014) Care of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Nursing Standard*, 23, 7, 41-48.
17. Grassi L., Spiegel D., Riba M. (2017). Advancing psychosocial care in cancer patients. *Version 1. F1000Res*, 6: 2083.
18. Häfner M., Debus J. (2016). Radiotherapy for Colorectal Cancer: Current Standards and Future Perspectives. *Visc Med.*, 32(3): 172–177.
19. Hutchins G., West N.P., Quirke P. (2013). Normal large intestine: anatomy, specimen dissection and histology relevant to pathological practice. in: Shepherd N.A. Warren B.F. Williams G.T. *Morson and Dawson's gastrointestinal pathology*. 5th edn. Wiley Blackwell.
20. Ishiguro S., Komatsu S., Komaya K., Saito T., Arikawa T., Kaneko K., Miyachi M., Sano T. (2017). Umbilical Stoma: A Classical but New Concept. *Colorectal Cancer: Open Access*, 3(15):1-6.
21. Issa I., Nouredine M. (2017). Colorectal cancer screening: An updated review of the available options. *World J Gastroenterol.*, 23(28): 5086-5096.
22. Johnson CM., Wei C., Ensor JE., Smolenski DJ., Amos CI., Levin B., et al. (2013). Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer causes & control: CCC*, 24(6):1207-22.
23. Johnston L., Carey F. (2019). Pathology of colorectal polyps and cancer. *Surgery*, 38(1): 12-17.
24. Kearney D., Liska D., Holubar S. (2019). *Preoperative instructions and postoperative care in the 21st century*. *Ann Laparosc Endosc Surg.*, 4(86):1-23.
25. Koeppen B., Stanton B. (2014). *Φυσιολογία, Berne & Levy*. Έκδοση 6η . Ιατρικές εκδόσεις Παρισιάνου.
26. Kroenke CH., Kubzansky LD., Schernhammer ES. et al. (2012). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24(7): 1105–11.
27. Kuipers EJ., Grady WM., Lieberman D., Seufferlein T., Sung JJ., Boelens PG., et al. (2015). Colorectal cancer. *Nat Rev Dis Primers*, 1:15065.

28. Lemone P., Burke K. (2014). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. Τόμος Ι. Έκδοση 5η. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
29. Longo D., Fautsi A. (2013). *Harrison Γαστρεντερολογία και Ηπατολογία*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Νικολοπούλου Β. Εκδόσεις Παρισιάνου.
30. Malik A. (2014). Psychological Management in Patients with Cancer. *Int. J. Gen. Can.*, 1(3&4): 66- 72.
31. Mallinger JB., Griggs JJ., Shields CG. (2018). Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Education and Counseling*, 57(3): 342–49.
32. Mari G., Maggioni D., Costanzi M., Miranda A., Rigamonti L., et al. (2015). High or low Inferior Mesenteric Artery ligation in Laparoscopic low Anterior Resection: Study protocol for a randomized controlled trial (HIGHLOW trial). *Trials*, 16(1): 1–5.
33. Michael A. (2015). Morphology of Sigmoid Colon in South Indian Population: A Cadaveric Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(8):7–10.
34. O'Connell Smeltzer S., Bare B. (2013). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 10th Edition. Published by Lippincott Williams & Wilkins.
35. Osborn K., Wraa C., Watson A. (2013). *Παθολογική –χειρουργική νοσηλευτική*. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
36. Raskov H., Burcharth J., Pommergaard HC. (2017). Linking Gut Microbiota to Colorectal Cancer. *J Cancer*, 8(17):3378-95.
37. Rawson JB., Bapat B. (2012). Epigenetic biomarkers in colorectal cancer diagnostics. *Expert Rev Mol Diagn.*, 12:499–509.
38. Recio-Boiles A., Kashyap S., Tsoris A., Babiker HM. (2020). Cancer, Rectal (Rectum). StatPearls Publishing; *Treasure Island (FL)*, 4(7):1-4.
39. Satish K. (2010). *Το γαστρεντερικό σύστημα με μια ματιά*. Επιμέλεια Σταύρος Σουγιουλτζής. Ιατρικές εκδόσεις Παρισιάνου.
40. Shussman N., Wexner S. (2014). Colorectal polyps and polyposis syndromes. *Gastroenterol Rep (Oxf)*, 2(1): 1–15.

41. Simes D., Viegas C., Araújo N., Marreiros C. (2020). Vitamin K as a Diet Supplement with Impact in Human Health: Current Evidence in Age-Related Diseases. *Nutrients*, 12, 138:1-24.
42. Sleisenger S. (2009). *Γαστρεντερολογία και ηπατολογία- Παθοφυσιολογία, διάγνωση, θεραπεία*. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
43. Sogaard M., Thomsen RW., Bossen KS., Sorensen HT., Norgaard M. (2013). The impact of comorbidity on cancer survival: a review. *Clin Epidemiol*, 5(Suppl 1): 3–29.
44. Vatandoust S., Price T., Karapetis C. (2015). Colorectal cancer: Metastases to a single organ. *World J Gastroenterol.*, 21(41): 11767–11776.
45. Vonk-Klaassen S., de Vocht H., Ouden M., Eddes E., Schuurmans M. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res*, 25(1):125-33.
46. Walsh V., Carey A. (2013). Malignant epithelial neoplasms of the large bowel. in: Shepherd N.A. Warren B.F. Williams G.T. *Morson and Dawson's gastrointestinal pathology*. 5th edn. Wiley Blackwell.
47. Walter F., Emery J., Mendonca S., Hall N., et al. (2016). Symptoms and patient factors associated with longer time to diagnosis for colorectal cancer: results from a prospective cohort study. *Br J Cancer*, 115(5): 533–541.
48. Warthin AS. (2013). Heredity with reference to carcinoma: as shown by the study of the cases examined in the pathological laboratory of the University of Michigan. *Arch Intern Med.*, 12:546–55.
49. Wong J., Lam DP., Abrishami A., et al. (2012). Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth.*, 59:268-79.
50. Xie C., Chen Y., Fang J. (2020). Comprehensive review of targeted therapy for colorectal cancer. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 5:22
51. Zauber A., Winawer S., O'Brien M., Lansdorp-Vogelaar I., et al (2012). Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med.*, 366:687–96.
52. Ζουμπλιός Χ. (2012). Νεοεπικουρική χημιοθεραπεία. *Nosokomiaka Chronika*, 74, Supplement B', 227-246.

53. Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β. (2014). *Χειρουργική Παθολογία*. Αθήνα: εκδόσεις Πασχαλίδης.
54. Porek S., Grant M., Gemmill R., Wendel CS., Mohler MJ., Rawl SM., et al. (2016). Overcoming challenges: life with an ostomy. *Am J Surg.*, 200(5):640–645.

Βιβλιογραφία Νέων Δεδομένων

1. Bakhai S., Ahluwalia G., Nallapeta N., Mangat A., Reynolds J. L. (2018). Faecal immunochemical testing implementation to increase colorectal cancer screening in primary care. *BMJ Open Quality*, 7(4): e000400.
2. Bradley C., Yabroff R., Warren J., Zeruto C., Chawla N., Lamont E. (2016). Trends in the Treatment of Metastatic Colon and Rectal Cancer in Elderly Patients. *Med Care*, r4(5):490-7.
3. Brittain K. Murphy, V. (2015). Sociocultural and health correlates related to colorectal cancer screening adherence among urban African Americans. *Cancer Nurs*, 38(2): 118-24.
4. Canty J., Stabile C., Milli L., Seidel B., Goldfrank D., Carter J. (2019). Sexual Function in Women with Colorectal/Anal Cancer. *Sex Med Rev.*, 7(2):202-222.
5. Cao Y., Wu K., Mehta R., Drew D., Song M., Lochhead P., Nguyen L., Izard J., Fuchs C., Garrett W., Huttenhower C., Ogino S., Giovannucci E., Chan A. (2018). Long-term use of antibiotics and risk of colorectal adenoma. *Gut*, 67(4):672-678.
6. Christy S. M., Schmidt A., Wang H. L., Sutton S. K., Davis S. N. Chavarria, E., Ewede, C. K. (2018). Understanding Cancer Worry Among Patients in a Community Clinic-Based Colorectal Cancer Screening Intervention Study. *Nursing Research*, 67(4): 275–285.
7. Colibaseanu D., Osagiede O., Spaulding A., Frank R., Merchea A., Mathis K., Parker A., Ailawadhi S. (2018). The Determinants of Palliative Care Use in Patients With Colorectal Cancer: A National Study. *Am J Hosp Palliat Care*, 35(10):1295-1303.

8. Delisle M., Ward M., Helewa P., Hochman D., Park J., McKay A. (2018). Timing of Palliative Care in Colorectal Cancer Patients: Does It Matter? *J Surg Res.*, 241:285-293.
9. Jakobsson J., Idvall E., Wann-Hansson C. (2016). General health and state anxiety in patients recovering from colorectal cancer surgery. *J Adv Nurs.*, 72(2):328-38.
10. Kang Y., Son H. (2019). Age Differences in the Coping Strategies of Patients With Colorectal Cancer. *Cancer Nurs.*, 42(4):286-294.
11. Kotronoulas G., Papadopoulou C., Burns-Cunningham K., Simpson M., Maguire R. (2017). A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *Eur J Oncol Nurs.*, 29:60-70.
12. Kotronoulas G., Papadopoulou K., MacNicol L., Simpson M., Maguire R. (2017). Feasibility and acceptability of the use of patient-reported outcome measures (PROMs) in the delivery of nurse-led supportive care to people with colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 29:115-124.
13. Law E., Levesque J.V., Lambert S., Girgis A. (2018). The “sphere of care”: A qualitative study of colorectal cancer patient and caregiver experiences of support within the cancer treatment setting. *PLoS ONE*, 13(12): e0209436
14. Liu Y. (2017). Application of fast track surgery in routine nursing for patient with colorectal cancer. *Saudi Journal Of Biological Sciences*, 24(8):1939–1942.
15. Nagano M., Ogata Y., Ikeda M., Tsukada K., Tokunaga K., Iida S. (2019). Peristomal Moisture-Associated Skin Damage and Independence in Pouching System Changes in Persons With New Fecal Ostomies. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing. The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 46(2):137–142.
16. Niemeläinen S., Huhtala H., Ehrlich A., Kössi J., Jämsen E., Hyöty M. (2020). Risk factors of short-term survival in the aged in elective colon cancer surgery: a population-based study. *Int J Colorectal Dis*, 35(2):307-315.
17. Nozawa H., Shinagawa T., Kawai K., Hata K., Tanaka T., Nishikawa T., et al. (2018). Laparoscopic surgery in colon cancer patients treated with chronic anti-thrombotic therapy. *Surg Endosc.*, 32(8):3509-3516.

18. Pettersson M., Öhlén J., Friberg F., Hydén L. Carlsson E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scand J Caring Sci*, 31(4):674-686.
19. Raycraft T., Cheung W., Yin Y., Speers C., Ko J., Mariano C. (2019). Causes of mortality in older patients with stage 3 colon cancer. *J Geriatr Oncol.*, 10(1):138-142.
20. Ristescu I., Pintilie G., Filip D., Jitca M., Fecheta R., Florescu O., Scripcariu V., Filipescu V., Grigoraş I. (2019). Perioperative Anemia and Transfusion in Colorectal Cancer Patients. *Chirurgia (Bucur)*, 114(2):234-242.
21. Rohde G., Söderhamn U. Vistad, I. (2019). Reflections on communication of disease prognosis and life expectancy by patients with colorectal cancer undergoing palliative care: a qualitative study. *BMJ Open*, 9:e023463.
22. Røhrl K., Guren M., Miaskowski C., Cooper B., Diep L. Rustøen T. (2016). No Differences in Symptom Burden Between Colorectal Cancer Patients Receiving Curative Versus Palliative Chemotherapy. *J Pain Symptom Manage*, 52(4):539-547.
23. Russell L., Gough K., Drosdowsky A., Schofield P., Aranda S., Butow P., Westwood J., Krishnasamy M., Young J., Phipps-Nelson J., King D. Jefford M. (2015). Psychological distress, quality of life, symptoms and unmet needs of colorectal cancer survivors near the end of treatment. *J Cancer Surviv*, 9(3): 462-70.
24. Seibert R., Hanchate A., Berz J. Schroy P. (2017). National Disparities in Colorectal Cancer Screening Among Obese Adults. *Am J Prev Med*, 53(2): e41-e49.
25. Solano J., Gomes da Silva A., Soares I., Ashmawi H., Vieira J. (2016). Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliative Care*, 15 (60):12-29.
26. Stuhlfauth S., Melby L., Hellesø R. (2018). Everyday Life After Colon Cancer: The Visible and Invisible Challenges. *Cancer Nurs.*, 41(6):E48-E57.
27. Trautmann F., Reißfelder C., Pecqueux M., Weitz J., Schmitt J. (2018). Evidence-based quality standards improve prognosis in colon cancer care. *Eur J Surg Oncol.*, 44(9):1324-1330.

28. Valle T. D., Turrini R., Poveda V. B. (2017). Intervening factors for the initiation of treatment of patients with stomach and colorectal cancer. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 25:e2879.
29. Williamson, S., Chalmers, K., Beaver K. (2016). Patient experiences of nurse-le telephone follow-up following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19 (3):237-243.
30. Yas S., Hanning X., Ravi M., Young J., Rudasill S., Benharash P. (2020). National Study of Immediate and Delayed Readmissions After Colostomy Creation. *J Surg Res.*, 246:457-463.